

العلاج الوظيفي والبدني
قائمة الآباء

السيد(ة) الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر:

المرجو تعبئة هذه الاستمارة بأكبر قدر ممكن من المعلومات. ستساعد هذه القائمة للمعلومات أخصائي العلاج الوظيفي أو العلاج البدني من تقدير ما إذا كان طفلكم يعاني من صعوبات قد تعرقل مساره التعليمي. المرجو إعادة هذه الاستمارة في موعد أقصاه _____ إلى _____ . يمكنكم مخاطبة _____ إذا كانت لديكم أسئلة. ولكم منا جزيل الشكر.

اسم التلميذ(ة):	رقم هاتف المنزل:
الوالد(ة)/ ولي (ة) الأمر:	رقم الهاتف المحمول:

الطبيب الرئيسي:	رقم الهاتف:
الأخصائي الطبي:	رقم الهاتف:
المستشفى/ العيادة:	رقم الهاتف:
أخصائي تقويم العظام:	رقم الهاتف:

1. ما هو نوع التقييم الذي ترغبون (أو ترغب المدرسة) في إنجازه لطفلكم؟ <input type="checkbox"/> العلاج الوظيفي (Occupational Therapy: OT) <input type="checkbox"/> العلاج البدني (Physical Therapy: PT)
2. من قام بطلب التقييم؟ <input type="checkbox"/> أنا بنفسني/ الوالد(ة) <input type="checkbox"/> الطبيب <input type="checkbox"/> المعلم <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____
3. ما هي أكبر دواعي قلقكم فيما يخص أداء طفلكم في المدرسة؟
4. ما الذي تأملون أن يستفيد به طفلكم من العلاج الوظيفي أو العلاج البدني في المدرسة؟
5. هل لدى طفلكم: <input type="checkbox"/> تشخيص أو حالة طبية: _____ <input type="checkbox"/> جراحة سابقة (حددوا التاريخ): _____ <input type="checkbox"/> أمراض الحساسية: _____ <input type="checkbox"/> أدوات مساعدة (عكاز، كرسي متحرك، دعامة، إلى غير ذلك): _____
6. هل تلقى طفلكم أو يتلقى حالياً خدمات العلاج المهني أو البدني (OT/PT) إذا كان الجواب نعم فكم هي مدتها؟
7. هل كانت ظروف الحمل والولادة طبيعية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا: نرجو التوضيح
8. كم كان عمر طفلكم التقريبي عندما استطاع أن: التدحرج _____ الحبو: _____ الجلوس دون مساعدة: _____ المشي: _____ نطق الكلمات: _____ التعبير بالجمال: _____ مضغ الطعام الصلب: _____
9. المرجو وضع علامة على الأشياء المنطبقة على بيئة منزلكم: <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> شقة <input type="checkbox"/> سلم: عدد الطوابق _____ <input type="checkbox"/> مصعد <input type="checkbox"/> متيسر الوصول إليه بالكرسي المتحرك

10. ما هي الأنشطة التي يشارك فيها طفلكم خارج المدرسة؟ (نرجو التوضيح)

- اللعب مع الأصدقاء أو الأقارب: _____
- الرياضة أو النوادي: _____
- الفعاليات الاجتماعية أو المجتمعية: _____
- مواعيد العلاج أو المواعيد الطبية الأخرى: _____

11. ضعوا علامة على كل ما ينطبق على طفلكم. يمكنكم إضافة المزيد من المعلومات على اليسار حسب الحاجة.

- مشتت الانتباه
- لا يكف عن الحركة، مفرط في الحركة
- ضعيف، سريع التعب
- بطيء
- سهل الإصابة بالإحباط
- تنتابه ثورات من الغضب
- اخرق صف ذلك
- لا يحب المدرسة
- يتجنب الأنشطة البدنية
- يشاهد التلفاز معظم الوقت أو يلعب ألعاب الفيديو
- يواجه صعوبة في: _____
- إتمام التكاليفات
- الكتابة
- المحادثة
- ارتداء الملابس: صف ذلك _____
- المشي
- الصعود والنزول على السلم
- النوم: صف ذلك: _____
- اتباع التوجيهات
- اللعب مع الآخرين
- التعرف على أصدقاء جدد
- كثير السقوط: ما هي وتيرة السقوط؟ _____
- حساس تجاه: _____
- اللمس الأصوات الروائح تغير الروتين
- صعب الإرضاء في الأكل: يأكل فقط: _____

12. أدرج قائمة بالمشاكل البدنية والسلوكية التي يعاني منها طفلكم في البيت.

13. ماذا يحب طفلكم؟ ما هي الأنشطة التي يستمتع بها طفلكم؟

أسئلة شائعة

ما هو العلاج الوظيفي والعلاج البدني في المدرسة؟

إن الهدف من العلاج الوظيفي والعلاج البدني في المدرسة هو مساعدة التلاميذ في النجاح في محيطهم الأكاديمي. وهذا يشمل قدرة التلميذ على المشاركة في الفصل، وفي قاعة الرياضة، وفي قاعة الأكل، وفي الاستراحة، وفي التحرك في أرجاء المدرسة (بما في ذلك الممرات، والسلالم والمصاعد حسب ما هو مناسب). ويعمل أخصائيو العلاج الوظيفي والبدني بالتعاون مع المعلمين وأفراد الطاقم المدرسي الآخرين لتقديم الخدمات أو الاستشارات الإلزامية.

ماذا سيحدث بعد أن أقوم بتعبئة هذه الاستمارة؟

المرجو إرسال القسيمة كاملة التعبئة إلى الشخص المذكور في الصفحة الأولى. إن الاستمارة المعبأة بالكامل سوف تعطي للمعالج القائم بالتقييم صورة شاملة عن مكانم القوة والضعف لدى طفلكم. وقد يقوم المعالج بالاتصال بكم لطرح أسئلة للمتابعة أو للاستيضاح. إذا أظهرت نتائج تقييم المعالج أن طفلكم يعاني من صعوبات في الأداء وفي المشاركة في المدرسة، فقد يوصي المعالج بتدخلات متنوعة. وقد تكون هذه التوصية على شكل: استراتيجيات مقترحة قد يحتاج المعلم أو غيره من الأفراد الطاقم المدرسي إلى تطبيقها، تعديلات في المدرسة أو الفصل الدراسي قد تسهل مشاركة طفلكم في أنشطة الفصل المتنوعة، أو خدمات علاج وظيفي أو بدني إلزامية بناء على برنامج التعليم الفردي (IEP).