**نموذج دراسة حالة في مجال الاضطرابات السلوكية والتوحد**

1. **معلومات تعريفية أولية بالقائم على دراسة الحالة:**

|  |  |
| --- | --- |
| **الاسم** |  |
| **تاريخ تعبئة الاستمارة** |  |
| **الوظيفة** |  |
| **رقم الهاتف** |  |
| **العنوان** |  |
| **الجهة التابعة لها** |  |

1. **معلومات تعريفية أولية بالحالة:**

|  |  |
| --- | --- |
| **اسم الطفل الرباعي** |  |
| **الجنس** | **( ) ذكر ( ) أنثى** |
| **تاريخ الميلاد** |  |
| **الجنسية** |  |
| **مكان الميلاد** |  |
| **اسم ولي الأمر** |  |
| **ارقام للاتصال به** |  |
| **عنوان الحالة** |  |

1. **معلومات عن الإحالة:**

|  |  |
| --- | --- |
| **الجهة المحولة** |  |
| **تاريخ التحويل** |  |
| **اسم القائم بالتحويل** |  |
| **وظيفته** |  |
| **رقم هاتف الجهة المحولة** |  |
| **سبب التحويل** |  |
| **ملخص لمشكلة الحالة**  **(نوعها وأعراضها)** |  |
| **هل تم قبول الحالة؟** | **( ) نعم ( ) لا** |
| **الجهة المحول لها** |  |
| **اسم المستقبل للحالة** |  |
| **وظيفته** |  |
| **رقم الجهة المحول لها** |  |
| **نوع الجهة المحول لها** |  |
| **تاريخ استقبال الحالة** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **أسباب قبول الحالة** | **أسباب رفض الحالة** |
|  |  |

1. **معلومات تعريفية أولية عن الوالدين :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **المعلومة** | **الأب** | **الأم** |
| **الاسم** |  |  |
| **تاريخ الميلاد** |  |  |
| **المستوى التعليمي** |  |  |
| **المهنة** |  |  |
| **رقم الهاتف** |  |  |

**5- نتائج التشخيص السابقة :**

|  |  |
| --- | --- |
| **هل تم تشخيص الطفل باضطرابات أو إعاقات؟** | **( ) نعم ( ) لا** |
| **ماذا كانت نتيجة التشخيص؟** |  |
| **عمر الطفل عند التشخيص** |  |
| **جهة التشخيص** |  |
| **اسم الشخص المسئول** |  |
| **جهة عمله** |  |
| **رقم الهاتف** |  |

1. **الاختبارات النفسية:**

|  |  |
| --- | --- |
| **أسماء الاختبارات النفسية المطبقة** |  |
| **نتائج الاختبارات** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **أسماء الاختبارات النفسية المطبقة** |  |
| **نتائج الاختبارات** |  |

1. **درجة الذكاء:**

|  |  |
| --- | --- |
| **هل تم تحديد درجة الذكاء؟** | **( ) نعم ( ) لا** |
| **درجة الذكاء IQ** |  |
| **تاريخ التحديد للدرجة** |  |
| **عمر الطفل عند التشخيص** |  |
| **اسم الفاحص** |  |
| **رقم الهاتف** |  |

1. **الاختبارات الاجتماعية المطبقة:**

|  |  |
| --- | --- |
| **اسم الاختبار** |  |
| **نتائج الاختبار** |  |
| **تاريخ التشخيص** |  |
| **عمر الطفل عند التشخيص** |  |
| **اسم الفاحص** |  |
| **جهة العمل** |  |
| **رقم الهاتف** |  |

1. **مستوى الأداء الحالي:**
2. **السلوكيات العامة:**

* **الأشياء التي تغضبه أو تسبب له التوتر:**
* **مظاهر هذا الغضب أو التوتر:**
* **كيف يتصرف الطفل في حال حدوث تغيير في روتينه المعتاد:**
* **السلوكيات غير المقبولة التي يقوم بها:**
* **من الشخص المسئول عن متابعة الطفل:**
* **هل يعاني الطفل أي من الحالات التالية:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **الحالة** | **الإجابة** | **إذا كانت الاجابة بنعم الرجاء التوضيح** |
| **مشكلات سمعية** | **( ) نعم ( ) لا** |  |
| **مشكلات بصرية** | **( ) نعم ( ) لا** |  |
| **مشكلات في النطق** | **( ) نعم ( ) لا** |  |
| **مشكلات في الأكل أو البلع** | **( ) نعم ( ) لا** |  |
| **نوبات صرع (تشنجات)** | **( ) نعم ( ) لا** |  |
| **حساسية** | **( ) نعم ( ) لا** |  |
| **مشكلات صحية أخرى** | **( ) نعم ( ) لا** |  |

1. **مهارات الاعتماد على النفس:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **المهارات** | **نعم** | **لا** | **بمساعدة من** |
| **هل يقضي حاجته بمفرده في دورة المياه** |  |  |  |
| **هل يتناول الأطعمة بمفرده** |  |  |  |
| **هل يرتدي ملابسه بنفسه** |  |  |  |
| **هل يخلع ملابسه بمفرده** |  |  |  |

1. **مهارات التواصل:**

|  |  |
| --- | --- |
| **هل لدى الطفل قدرات لغوية تعبيرية** | **( ) نعم ( ) لا** |
| **هل يعاني الطفل من مشكلات في اللغة والنطق** | **( ) نعم ( ) لا** |
| **هل يردد حديثاً أو كلاماً ما قد سمعه مسبقاً** | **( ) نعم ( ) لا** |

1. **المهارات الاكاديمية:**

* **هل يوجد برنامج مهارات أكاديمية؟**

**( ) نعم ( ) لا**

* **تكلمي عن المهارات التالية للطفل/ة باختصار**
* **الكتابة:**
* **القراءة:**
* **الحساب:**
* **الرسم:**
* **التحصيل الدراسي بشكل عام:**

1. **المهارات الحركية**

* **تكلمي عن المهارات التالية للطفل/ة باختصار**
* **المشي:**
* **الركض:**
* **مسك القلم:**
* **مسك الأكواب:**
* **فتح الأبواب:**

1. **الجانب الحسي:**

|  |  |
| --- | --- |
| **هل يتجاهل الإحساس بالألم والحرارة** | **( ) نعم ( ) لا** |
| **هل يتجاهل المثيرات البصرية** | **( ) نعم ( ) لا** |
| **هل يتجاهل المثيرات السمعية** | **( ) نعم ( ) لا** |
| **هل يستخدم الشم في التعرف على الناس والأشياء** | **( ) نعم ( ) لا** |
| **هل يستخدم التذوق في التعرف على الناس والأشياء** | **( ) نعم ( ) لا** |

1. **اهتمامات الطفل:**

* **أشياء يجيدها:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ألعاب** | **أطعمة** | **أماكن** | **أشخاص** | **مثيرات حسية** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* **أشياء لا يجيدها:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ألعاب** | **أطعمة** | **أماكن** | **أشخاص** | **مثيرات حسية** |
|  |  |  |  |  |

1. **التقرير الختامي لدراسة الحالة:**

**رأي الاختصاصية:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **المجــــال** | **جوانب القوة لدى الطفلة** | **جوانب الاحتياج لدى الطفلة** |
| **مـاقبل المعرفي** |  |  |
| **المعرفي الإدراكي** |  |  |
| **الأكاديمي** |  |  |
| **التواصل اللفظي وغير اللفظي** |  |  |
| **المهارات الاجتماعية** |  |  |
| **المهارات الاستقلالية** |  |  |
| **المهارات الحركية الدقيقة** |  |  |
| **المهارات الحركية الكبيرة** |  |  |

* **التوصيات:**
* **الخطة العلاجية المقترحة:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **المجال** | **الهدف** | **المدة الزمنية** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**الاسم :.**

**التوقيع: .........................**

التاريخ: