

دراسة حالـــــــــــــة

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 |  |  |

1. **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 | -.............................................  -.............................................  -............................................. |

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 |  |  |
| مشكلات في النطق |  |  |
| مشكلات في الأكل أو البلع |  |  |
| نوبات صرع (تشنجات) |  |  |
| حساسية |  |  |
| مشكلات صحية أخرى |  |  |

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 الاختصاصي / الاختصاصية:**

**.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**.....................................................................................**

|  |  |
| --- | --- |
| **جوانب القوة لدى الطفل/ة** | **جوانب الاحتياج لدى الطفل/ة** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* **التوصيات:**

**...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**............................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**-الخطة العلاجية المقترحة:**

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

الاسم : .....................................................

التوقيع: ....................................................

التاريخ: ....................................................