

نموذج فحص طبي للاعب ناشئين في كرة القدم
Medical Examination Form for Youth Football Player

Player Information

Full Name: -----
Date of Birth: ____/____/____هـ
Nationality: -----

بيانات اللاعب

الاسم الكامل:

تاريخ الميلاد:

الجنسية

Medical History

Clinical Examination:

التاريخ الطبي

الفحص السريري:

Body Temperature	درجة الحرارة	Blood Pressure	ضغط الدم	Height	الطول	Weight	الوزن
----		----		----		----	

Do you have any chronic diseases? (e.g., diabetes, asthma, etc.): هل تعاني من أي أمراض مزمنة؟ (مثل السكري، الربو، إلخ)

Have you had any previous injuries? هل تعرضت لأي إصابات سابقة؟

Do you have any allergies to medications or foods? هل تعاني من حساسية تجاه أي أدوية أو أطعمة؟

Have you ever undergone any surgeries? هل سبق لك الخضوع لأي عمليات جراحية؟

Is there any family medical history of heart diseases, cancer, etc.? هل هناك أي تاريخ طبي في العائلة من أمراض القلب، السرطان، إلخ؟

Cardiovascular Examination:

فحص الجهاز القلبي الوعائي:

Pulse Rate	-----	معدل النبض
Heart Examination (pulse, pressures, etc.):	-----	فحص القلب (النبض، الضغوط، إلخ):
Vascular Examination (arteries, veins, etc.):	-----	فحص الأوعية الدموية (الشرايين، الأوردة، إلخ):

Respiratory Examination: فحص الجهاز التنفسي:

Musculoskeletal Examination: فحص الجهاز العضلي الهيكلي:

Neurological Examination: فحص الجهاز العصبي:

Laboratory Tests (if any): الفحوصات المخبرية (إن وجدت):

Other Tests (specify if any additional tests are needed): فحوصات أخرى (حدد إذا كانت هناك حاجة لأي فحوصات إضافية):

Doctor's Recommendations:

توصيات الطبيب:

Is the player fit to play football?	<input type="checkbox"/>	هل اللاعب مؤهل للعب كرة القدم؟
Are there any special medical recommendations?:	<input type="checkbox"/>	هل هناك أي توصيات طبية خاصة؟
Is follow-up medical care needed? If yes, specify date and details:	<input type="checkbox"/>	هل هناك حاجة لمتابعة طبية لاحقة؟ إذا نعم، حدد الموعد والتفاصيل:

Doctor's Signature:

توقيع الطبيب:

Name: _____ الاسم:

Signature: _____ التوقيع:

Date: _____ التاريخ: