

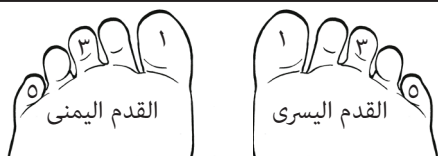
١. المعلومات حول الشخص

الاسم الأول:	اسم العائلة:	الوزن:
نوع الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> انثى <input type="checkbox"/> غيرها <input type="checkbox"/>	العمر: ٠ الى ٥ <input type="checkbox"/> ٦ الى ١٨ <input type="checkbox"/> ١٩ الى ٣٢ <input type="checkbox"/> ٤٠ الى ٥٤ <input type="checkbox"/> ٥٥ وأكثر <input type="checkbox"/>	
الهاتف:	العنوان:	

٢. الفحص البسيط للحركة والمخاطر الصحية

اطرح الأسئلة التالية		
هل انخفضت حركتك كثيراً في الأشهر الثلاثة الماضية؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	الإحالة إلى مركز الخدمات الصحية
هل يبلغ عمر طفلك سنتين أو أكثر ولا يستطيع المشي؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	الإحالة إلى مركز إعادة التأهيل
هل يراودك القلق من إمكانية السقوط، أو تكرر سقوطك أكثر من مرة واحدة خلال العام الماضي؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	توفير المنتجات المساعدة الإحالة إلى مركز إعادة التأهيل
هل تعاني من قروح فراش على جسمك (مثل الوركين أو الأرداف أو الظهر)؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	النصح بتجنب ممارسة أي ضغط على القروح والإحالة إلى مركز الخدمات الصحية للعناية بالقرح
هل أصبت سابقاً بـ:	جرح في القدم <input type="checkbox"/> بتر <input type="checkbox"/>	في حال تأكيد أي مما سبق ← أكمل فحص القدم أدناه
هل تعاني من:	جرح أو قرح أو إصابة أو تورم في القدم <input type="checkbox"/> السكري <input type="checkbox"/> الجذام <input type="checkbox"/> مرض في القلب و/أو الكلية <input type="checkbox"/> في حال تأكيد أي مما سبق ← تأكد من مراجعة الشخص لمركز الخدمات الصحية بانتظام. في حال النفي <input type="checkbox"/> الإحالة.	
هل	تدخن <input type="checkbox"/> تشرب الكحول (بكثرة) <input type="checkbox"/> تمشي غالباً حافي القدمين <input type="checkbox"/>	

٣. فحص القدم (استكمل الفحص في حال إجابة الشخص بنعم على أحد الأسئلة المتعلقة بخطر الإصابة بجرح في القدم)

تفحص الجهة الأمامية والسفلية من كل قدم وبين الأصابع		
هل عانى الشخص سابقاً من:	جرح في القدم <input type="checkbox"/> بتر في أصابع القدم أو القدم أو الرجل <input type="checkbox"/>	في حال تأكيد أي مما سبق ← علامة عالية الخطورة <input type="checkbox"/>
هل يعاني الشخص حالياً من:	جرح أو إصابة في أصابع القدم أو القدم أو الرجل <input type="checkbox"/>	
هل إحدى القدمين:	حمراء <input type="checkbox"/> حرارتها مرتفعة باللمس <input type="checkbox"/> متورمة <input type="checkbox"/>	
هل بإمكانك ملاحظة أي:	مشاكل في الجلد أو الأظافر <input type="checkbox"/> شكل غير طبيعي للقدم أو أصابع القدم <input type="checkbox"/>	← علامة خطر <input type="checkbox"/>
فحص تدفق الدم		
هل يمكنك ملاحظة علامات انخفاض تدفق الدم:	تورم في القدم أو الكاحل <input type="checkbox"/> عدم وجود شعر على القدم أو أصابع القدم <input type="checkbox"/> برودة القدم أو شحوب لونها <input type="checkbox"/>	في حال تأكيد أي مما سبق ← علامة خطر <input type="checkbox"/>
إسأل: هل تشعر بألم في الجهة الخلفية من الرجلين؟	في المساء <input type="checkbox"/> عند المشي لمسافة تقل عن ٢٠٠ متر <input type="checkbox"/>	
فحص النبض	القدم اليسرى: الكاحل <input type="checkbox"/> القدم اليمنى: الكاحل <input type="checkbox"/> الجهة العلوية <input type="checkbox"/> الجهة العلوية <input type="checkbox"/>	عدم وجود نبض ← علامة خطر <input type="checkbox"/>
اختبار الضغط: اضغط نهاية كل إبهام قدم بقوة. احسب عدد الثواني التي تستغرقها عودة اللون الطبيعي للإصبع.		
	بطء عودة اللون الطبيعي للجلد أقل من ٣ ثواني <input type="checkbox"/>	← علامة خطر <input type="checkbox"/>
	بطء عودة اللون الطبيعي للجلد أكثر من ٣ ثواني <input type="checkbox"/>	
اختبار الشعور (الإحساس)		
إسأل: هل تشعر بألم أو أي شعور (إحساس) غير طبيعي في القدمين أو أصابع القدم؟	نعم <input type="checkbox"/>	← علامة خطر <input type="checkbox"/>
اختبار الشعور: مع إغلاق الشخص لعينه -المس أطراف أصابع القدم ١ و ٣ و ٥، مع التبديل بين القدمين بعد كل لمسة. ضع علامة ✓ على أصابع القدم التي شعر بها وضع علامة X على أصابع القدم التي لم يشعر بها		إذا كان الشخص لا يستطيع الشعور بإصبعي قدم أو أكثر ← علامة خطر <input type="checkbox"/>

✍ اكتب ملاحظتك هنا

👉 التوصية بالإحالة

لخص مخاطر إصابة الشخص بجرح في القدم (احسب عدد علامات الخطر والعلامات عالية الخطورة المسجلة).

	مستوى خطر الإصابة بجرح في القدم	عدد علامات الخطر المسجلة	
		علامة عالية الخطورة	علامة خطر
← تعليم الشخص حول الأحذية المناسبة ← تعليم الشخص كيفية العناية بالقدمين	منخفض <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 أو 1 <input type="checkbox"/>
← تعليم الشخص كيفية العناية بالقدمين ← تقييم للأحذية العلاجية و/ أو → الإحالة إلى مراكز الخدمات الصحية أو عيادات جروح القدم	متوسط <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	عالي <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 أو أكثر <input type="checkbox"/>

٤. أسئلة فحص بسيطة بشأن المنتجات المساعدة على الحركة

معيّنات المشي و/أو الكراسي المتحركة	
هل يمكنك الوقوف والمشي؟	<input type="checkbox"/> أجل، دون صعوبة <input type="checkbox"/> أجل، مع المساعدة <input type="checkbox"/> أجل، لمسافات قصيرة فقط <input type="checkbox"/> أجل، على رجل واحدة فقط <input type="checkbox"/> كلا، لا أستطيع المشي على الإطلاق
عدم اتخاذ أي إجراء	
في حال تأكيد أي مما سبق ← إجراء تقييم للمشي ومناقشة الإحالة إلى تقييم الكراسي المتحركة	
الإحالة إلى تقييم الكراسي المتحركة	
المنحدرات المحمولة (فقط للأشخاص الذين يستخدمون الكراسي المتحركة أو إطارات المشي المتحركة (بعجلات) أو إطارات المشي)	
هل تُضطر لصعود ونزول بضع درجات و/أو صعود السيارة والنزول منها بشكل منتظم؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
يمكن أن تساعد المنحدرات المحمولة	
المقابض (على سبيل المثال في غرفة النوم، أو المرحاض، أو الحمام، أو عند الدرج)	
هل تعاني صعوبة في التوازن أو الجلوس أو الوقوف أو الحركة حول المنزل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
يمكن أن تساعد المقابض	
أنواع الانتقال (على سبيل المثال الانتقال من وإلى السرير أو المرحاض أو الأريكة أو السيارة)	
هل تعاني صعوبة في نقل جسدك من مكان إلى آخر؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
يمكن أن تساعد ألواح الانتقال	
الأقدام أو الأرجل الصناعية (للأشخاص الذين لديهم بتر في القدم أو الرجل)	
هل تستخدم طرفاً صناعياً؟	<input type="checkbox"/> ← افحص الطرف الصناعي → الإحالة إلى مركز خدمات الأطراف الصناعية في حال وجود أي مخاوف <input type="checkbox"/> ← ناقش ما إذا كان هناك ضرورة للإحالة إلى مركز خدمات الأطراف الصناعية

٥. المنتجات المساعدة الأخرى

هل تعاني صعوبة في:	<input type="checkbox"/> الرؤية <input type="checkbox"/> السمع <input type="checkbox"/> الرعاية الذاتية <input type="checkbox"/> المتابعة (التفكير / التذكر)
في حال وجود أي مما سبق ← قد يكون هناك حاجة إلى منتجات مساعدة أخرى و/ أو الإحالة إلى مركز خدمات آخر	

٦. الخطة

افحص:	<input type="checkbox"/> الرؤية <input type="checkbox"/> السمع <input type="checkbox"/> الرعاية الذاتية <input type="checkbox"/> المتابعة
قيم الحاجة إلى:	<input type="checkbox"/> معيّنات المشي <input type="checkbox"/> المنحدرات المحمولة <input type="checkbox"/> المقابض في المنزل <input type="checkbox"/> ألواح الانتقال <input type="checkbox"/> الأحذية العلاجية
تعليم الشخص حول:	<input type="checkbox"/> كيفية العناية بالقدمين <input type="checkbox"/> الأحذية المناسبة
الإحالة إلى:	<input type="checkbox"/> مركز خدمات صحية <input type="checkbox"/> مركز خدمات العناية بالجروح <input type="checkbox"/> مركز خدمات إعادة التأهيل <input type="checkbox"/> مركز خدمات الأطراف الصناعية المتحركة <input type="checkbox"/> مركز الخدمات الصحية لمرضى السكري <input type="checkbox"/> عيادة جروح القدم <input type="checkbox"/> مركز خدمات صحية لمراجعة أو تقييم الطرف الصناعي <input type="checkbox"/> مراكز خدمات أخرى:
المتابعة خلال:	<input type="checkbox"/> ١ إلى ٣ أشهر <input type="checkbox"/> ٦ أشهر <input type="checkbox"/> ١٢ شهر <input type="checkbox"/> التاريخ المتابعة:

✍ اكتب ملاحظتك هنا

✍ التوصية بالإحالة