

الرجاء التأكد من تعبئة **استمارة الاخطار بالسرية** من قبل العميل مع شرح تفاصيلها قبل البدء **بالتقييم المبدئي**



**استمارة التقييم**

**المبدئي**

Electronic Case Record Number

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

**استمارة التقييم المبدئي لمركز الإرشاد الجامعي**

تاريخ اليوم : Click here to enter a date.

الاسم Click here to enter text. العمر Click here to enter text.

الجنس ذكر  أنثى

الرقم الاكاديمي Click here to enter text.

الايميل Click here to enter text. رقم المحمول Click here to enter text.

العنوان Click here to enter text.

الكلية Click here to enter text.المعدل التراكمي Click here to enter text.

المستوى الدراسي Click here to enter text.

........................................................................................................

في حالة حدوث طارئ بمن نستطيع الاتصال؟!

1- Click here to enter text. Click here to enter text. Click here to enter text.

رقم المحمول صلة القرابة اسم الشخص

2- Click here to enter text. Click here to enter text. Click here to enter text.

رقم المحمول صلة القرابة اسم الشخص

***من شجعك على طلب المشورة الارشادية ؟***

أنت  الأمن والسلامة  مرشد الاكاديمي عضو هيئة التدريس  صديق

شؤون الطلبة  موظف السكن  جهات اخرى مثل Click here to enter text.

***هل سبق وتلقيت المشورة الارشادية ؟ نعم  لا***

اذا كان الجواب بنعم الرجاء التوضيح Click here to enter text.

**ماهي الشكوى الراهنة التي تتطلب المشورة الارشادية ؟**

اكاديمية

Click here to enter text.

شخصية

Click here to enter text.

اسرية

Click here to enter text.

اجتماعية

Click here to enter text.

اخرى

Click here to enter text.

ما الذي تتوقع الاستفادة منه او( الخروج به) من المشورة الارشادية ؟

Click here to enter text.

**ملاحظه: نضمن لك السرية في حال الاجابة على السؤال تحرى الصدق فأن المعلومة المعطاة تستخدم في مساعدتك اثناء الجلسات**

هل سبق لجأت إلى مختص في الارشاد أو العلاج النفسي ؟ استخدمت ادوية نفسية ؟

Click here to enter text.

حالياً هل تستخدم أي ادوية نفسية ؟

اذا كان جوابك بنعم , أذكر اسم الادوية

Click here to enter text.

باعتقادك ما مدى الدعم النفسي /الاجتماعي من الاسرة ؟

لا يوجد  نادراً  احياناً  كثيراً

باعتقادك ما مدى الدعم النفسي / الاجتماعي من الاصدقاء ؟

لا يوجد  نادراً  احياناً  كثيراً

اختر من الاعراض المذكورة ما تشعر به بشكل مستمر :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| عدم قدرة على التركيز | زيادة في الوزن | قلق | فقدان الشهية |
| عدم القدرة على تكوين صداقات | الخوف | عدم صبر | مزاج مكتئب |
| عرض لم يتم ذكره:  Click here to enter text. | شعور بالتعب | خجل | فقدان وزن |
| مشاكل في النوم | عصبية | كسل |
| شعور دائم بالجوع | شراهة في الاكل | توتر |
| افكار انتحارية | شعور بالذنب | احلام مزعجة |
| تقلب بالمعدة | غير متحفز | صداع |

الهوايات والاهتمامات

Click here to enter text.

**التقييم النفسي المبدئي BASIC ID**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| م | المعارف Cognitions – C | دائماً | أحياناً | مطلقاً |
| 1 | **ليس لدي القدرة على التذكر الجيد** |  |  |  |
| 2 | **غير قادر على التركيز أثناء الدراسة** |  |  |  |
| 3 | **قدرتي على تلخيص المواد ضعيفة** |  |  |  |
| 4 | **غير قادر على استيعاب المواد الدراسية** |  |  |  |
| 5 | **عندما أذاكر لا أعرف من أين أبدأ** |  |  |  |
| السلوك Behavior- B | | دائماً | أحياناً | مطلقاً |
| 1 | **أقوم على تدمير ممتلكات الغير** |  |  |  |
| 2 | **أصدر قرارات سريعة ثم أندم عليها** |  |  |  |
| 3 | **ينتابني نوبات غضب** |  |  |  |
| 4 | **غير قادر على تنظيم وقتي** |  |  |  |
| 5 | **لا تشغلني المعايير والضوابط الاجتماعية .** |  |  |  |
| الاستجابات الانفعالية Affective- A | | دائماً | أحياناً | مطلقاً |
| 1 | **أعاني من التوتر الشديد أثناء فترة الامتحانات** |  |  |  |
| 2 | **ينتابني الشعور بالذنب** |  |  |  |
| 3 | **أشعر بالرغبة في البكاء ولكن لا أستطيع** |  |  |  |
| 4 | **لدي الخوف من التواجد مع الاخرين** |  |  |  |
| 5 | **أشعر بالحزن دون معرفة سبب ذلك** |  |  |  |
| العلاقات الشخصية Interpersonal Relationship -I | | دائماً | أحياناً | مطلقاً |
| 1 | **أميل إلى العزلة عن الاخرين** |  |  |  |
| 2 | **ليس لدي الرغبة بالمشاركة في المناسبات الاجتماعية** |  |  |  |
| 3 | **أكتفي بأصدقائي القدامى ولا أبحث عن أصدقاء جدد.** |  |  |  |
| 4 | **أكتفي بمساعدة ذاتي ولا أقدم العون للآخرين** |  |  |  |
| 5 | **ليس لدي الرغبة في العمل بروح الفريق** |  |  |  |
| الأحاسيس Sensation- S | | دائماً | أحياناً | مطلقاً |
| 1 | **أعاني من صداع برأسي** |  |  |  |
| 2 | **لدي ألام بالقولون العصبي** |  |  |  |
| 3 | **ينتابني التعب والارهاق الجسدي** |  |  |  |
| 4 | **حواسي البصرية أو السمعية لا تساعدني في استقبال المعلومات الدراسية.** |  |  |  |
| 5 | **أعاني من اضطرابات النوم** |  |  |  |
| التخيلات Images- I | | دائماً | أحياناً | مطلقاً |
| 1 | **أسمع أصوات غريبه عندما اكون بمفردي** |  |  |  |
| 2 | **أستغرق وقتاً في أحلام اليقظة** |  |  |  |
| 3 | **أشعر في بعض الأحيان بأن روحي تفارق جسدي** |  |  |  |
| 4 | **لدي صورة ذهنية سلبية عما سيحدث مستقبلاً** |  |  |  |
| 5 | **لدي تخيلات وأفكار مرعبة** |  |  |  |
| الادوية و الوظائف الحياتية البيولوجية Drugs- D | | دائماً | أحياناً | مطلقاً |
| 1 | **أقوم بالتدخين يومياً** |  |  |  |
| 2 | **أتناول الطعام بشراهة** |  |  |  |
| 3 | **أتعاطى المواد المخدرة من أجل الشعور بالسعادة** |  |  |  |
| 4 | **أتناول المنبهات التي تساعدني السهر من أجل المذاكرة** |  |  |  |
| 5 | **أبتعد عن ممارسة النشاطات الرياضية** |  |  |  |

**يتم تعبئة النموذج من قبل المختص فقط**

نتائج التقييم النفسي المبدئي

Click here to enter text.

ملخص الجلسة:

Click here to enter text.

الملاحظات:

Click here to enter text.

اسم المُختص : Click here to enter text.