

### الوثائق المرفقة في الملف الطبي:

- ◀ في حالة عجز سمعي مع وجود انخفاض كبير في السمع: تقرير طبي حول الفحص السمعي يملأ من قبل طبيب أخصائي في أمراض الأذن والأنف والحنجرة.
- ◀ في حالة عجز بصري مع وجود انخفاض كبير في البصر: تقرير طبي حول الفحص البصري يملأ من قبل طبيب أخصائي في أمراض العيون.
- ◀ في حالة عجز ذهني مع وجود انخفاض كبير في القدرات الذهنية: تقرير طبي من قبل طبيب أخصائي في الأمراض العقلية للأطفال أو طبيب في الأمراض العقلية أو نفساني.
- ◀ في حالة وجود اضطرابات في اللغة الشفهية و الكتابية مع وجود انخفاض كبير في اللغة: فحص في النطق والتعبير اللغوي.
- ◀ في حالة عجز حركي: فحص بالموجات فوق الصوتية، فحص بالموجات فوق الصوتية دوبلر، فحص بالأشعة، سكاير، التصوير بالرنين المغناطيسي (صور عند الضرورة).

### وثائق إدارية:

- ◀ استمارة طلب بطاقة الشخص المعوق؛
- ◀ شهادة الإقامة؛
- ◀ (02) صورتين شمسيتين؛
- ◀ إيداع الملف الإداري الطبي لدى المكتب البلدي للشؤون الاجتماعية محل الإقامة.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTRE DE LA SOLIDARITE NATIONALE, DE LA FAMILLE  
ET DE LA CONDITION DE LA FEMME

وزارة التضامن الوطني  
والأسرة وقضايا المرأة

Photo d'identité

استمارة طلب بطاقة الشخص المعوق

Formulaire de demande de la carte de la personne handicapée

Informations Générales

معلومات عامة

Prénom : ..... الاسم :

Nom : ..... اللقب :

Date de naissance ..... تاريخ الميلاد :

Lieu de naissance ..... مكان الميلاد :

Sexe : Masculin  ذكر Féminin  أنثى الجنس :

Adresse : ..... العنوان :

Commune : ..... البلدية :

wilaya : ..... الولاية :

Téléphone ..... الهاتف :

E-mail : ..... البريد الإلكتروني :

Situation familiale

الوضعية العائلية

أرمل (ة) مطلق (ة) متزوج (ة) أعزب / عزباء

Veuf (ve) Divorcé(e) Marié(e) Célibataire

# إستبيان طبي

( للملء من طرف الطبيب المعالج )

لقب وإسم الطبيب المعالج: .....

الإختصاص: .....

الهيئة المستخدمة: .....

## تشخيص الطبيب المعالج

الحالة المرضية المبررة للطلب:

أمراض أخرى مرتبطة بالحالة المرضية:

تاريخ المرض الدافع للطلب:

أصل وظروف ظهور المرض:

تاريخ ظهور المرض:

عند الولادة.....

منذ أقل من سنة:.....

من 1 إلى 5 سنوات.....

منذ أكثر من 5 سنوات.....

وراثي: .....

حادث منزلي: .....

مرض مهني.....

سوابق مرضية، جراحية، أثناء الولادة المرتبطة بالإعاقة:

✚ بالنسبة للأطفال تحديد التأخر المحتمل وجوده خلال المكتسبات الأساسية ( نمو نفسي حركي، اللغة....):

✚ تكفل من نوع آخر:

- إستشفاء متكرر أو مبرمج.....نعم  لا
- متابعة طبية خاصة..... نعم  لا
- عناية صحية أو معالجة ليلية ( إذا كان نعم ، حدد).....نعم  لا
- أخرى ( إذا كان نعم ، حدد).....نعم  لا

✚ الحياة الاجتماعية:

- الاستعانة بشخص آخر ..... نعم  لا
- تأثير الإعاقة على الحياة الاجتماعية والعائلية و/أو المهنة ..... نعم  لا
- اللجوء إلى مساعدة تقنية، ( إذا كان نعم، حدّد) ..... نعم  لا

.....

وثيقة محرّرة، بناء على طلب المريض، وتمّ تسليمها له بتاريخ: .....، ولاية: .....

إمضاء الشخص الطالب لبطاقة الشخص المعوق

الطبيب المعالج (إمضاء وختم الطبيب)

رأي اللجنة الطبية المختصة لولاية .....

طبيعة الإعاقة:

ذهنية .....  حركية .....  متعدد الإعاقات .....  
 بصرية .....  سمعية .....

رأي بالموافقة .....  نسبة الإعاقة % .....

مرفوض ..... السبب

مؤجل ..... السبب

إمضاء أعضاء اللجنة الطبية المختصة لولاية: .....

محرر بتاريخ: .....