

نموذج الكشف الصحي

- عزيزي الطالب / ة حرصاً منا على تقديم أفضل رعاية صحية طارئة لك، يرجى ملئ هذه الاستمارة بدقة تامة.

معلومات الطالب / ة

| | |
|---|-------------------|
| اسم الطالب / ة | |
| الرقم الجامعي | |
| تاريخ الميلاد | |
| متزوج / ة <input type="radio"/> | الحالة الاجتماعية |
| اعزب / عziata <input type="radio"/> | |
| غير ذلك: يحدد <input type="radio"/> | |
| رقم الجوال | |
| البريد الإلكتروني | |

عنوان ولي الأمر

| | |
|--------------------|--|
| اسم ولي الأمر | |
| رقم جوال ولي الأمر | |
| رقم هاتف المنزل | |
| رقم تواصل آخر | |
| المدينة | |
| البريد الإلكتروني | |

التاريخ الطبي للطالب

- هل تعاني من أي من الأمراض المذكورة أدناه؟ إذا كان الجواب بنعم، يرجى ذكر التفاصيل مثل نوع المرض وشدته والعلاج.
○ بالنسبة للحساسية الرجاء تحديد نوع الحساسية ومسببها وشدتها.

| التفاصيل | نعم | لا | Health problem | المشكلة الصحية |
|----------|-----------------------|-----------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Allergies | حساسية |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Asthma | ربو |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Heart Diseases | أمراض القلب |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hypertension | ارتفاع ضغط الدم |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Renal diseases | أمراض كلى |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Neurological diseases | أمراض عصبية |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Seizure disorder / Epilepsy | صرع |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Frequent headaches | صداع متكرر |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Diabetes | سكري |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hyperlipidemia | ارتفاع الدهون |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Frequent infections | التهابات متكررة |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hearing difficulties | مشاكل سمعية |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Disorders mental / Emotional | مشاكل نفسية / عاطفية |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | G6PD Deficiency | مرض العوز لأنزيم G6PD |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Thalassemia | فقر دم حوض البحر الابيض المتوسط |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Cell Sickle Anemia | فقر الدم المنجلي |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hepatitis B or C | التهاب الكبد الوبائي ب أو سي |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | مشاكل أو أمراض صحية أخرى | |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ● هل سبق لك التتويج في المستشفى؟ | |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ● هل سبق وأن أجري لك عملية جراحية؟ | |

- هل تعاني من أي اضطراب أو مشاكل جسدية أو نفسية أخرى في الوقت الحالي أو سابقاً؟

| | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|---|
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ● هل تتناول / ي أدوية بشكل منتظم أو متقطع؟ |
| | | | اسم الدواء |
| | | | الجرعة |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ● هل سبق وأن تناولت أي أدوية سببت لك طفحاً جلدياً أو تورم في الجسد أو ضيق التنفس؟ |
| | | | نعم: اسم الدواء |
| | | | ● ما هي المستشفى أو العيادة التي تتلقى / تتلقين فيها العناية الطبية عادة؟ |
| | | | اسم العيادة أو المستشفى |
| | | | رقم ملف الطالب/ة الطبي |
| | | | رقم الهاتف |

التاريخ الطبي العائلي

- هل يعاني أي أحد من أفراد الأسرة من الآتي:

| التفاصيل | نعم | لا | Health problem | المشكلة الصحية |
|----------|-----------------------|-----------------------|--------------------|---------------------------------|
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Allergies | حساسية |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Asthma | ربو |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Diabetes | سكري |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hyperlipidemia | ارتفاع الدهون |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | G6PD Deficiency | مرض العوز لأنزيم G6PD |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Thalassemia | فقر دم حوض البحر الابيض المتوسط |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Cell Sickle Anemia | فقر الدم المنجلي |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hepatitis B or C | التهاب الكبد الوبائي ب أو سي |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | أمراض صحية خلقية |

الفحوصات المخبرية أو السريرية

| هل سبق وأن جربت/ي أي فحوصات شاملة للجسم؟ | لا | نعم: هي |
|--|-------------------------------|---------------------------------------|
| الوزن | <input type="radio"/> لا أعلم | <input type="radio"/> أعلم: وهو |
| الطول | <input type="radio"/> لا أعلم | <input type="radio"/> أعلم: وهو |
| ضغط الدم | <input type="radio"/> لا أعلم | <input type="radio"/> أعلم: وهو |
| مستوى السكر في الدم | <input type="radio"/> لا أعلم | <input type="radio"/> أعلم: وهو |
| مستوى الهيموغلوبين في الدم | <input type="radio"/> لا أعلم | <input type="radio"/> أعلم: وهو |

- في حالة فقداني للوعي لا سمح الله ، فإنني أفوض منسوبيين العيادة الصحية لاتخاذ الإجراء اللازم للمحافظة على حياتي عند الحاجة.
- أقر بأن المعلومات المذكورة في الاستمارة صحيحة.

التوقيع:

مع تمنياتنا لكم بدوام الصحة والعافية