

## Health History – Adult Patient

Information is for our records only and will be kept confidential

Patient ID Label

الاسم: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ تاريخ اليوم: \_\_\_\_\_  
 الأوساط الأول الأخير  
 الجنس:  ذكر  أنثى  
 تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
 أقرب الأقارب أو جهة اتصال: \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_  
 إذا كان الشخص الذي يملأ هذه الاستمارة ليس هو المريض، فما علاقتك بالمريض؟ \_\_\_\_\_  
 اسم الطبيب: \_\_\_\_\_ تاريخ آخر فحص طبي: \_\_\_\_\_  
 عنوان الطبيب: \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_

يرجى اختيار  نعم أو لا:

- هل أنت بصحة جيدة؟  نعم  لا
- هل طرأ أي تغيير على صحتك العامة خلال العام الماضي؟ إذا كانت الإجابة نعم، فما التغيير؟ \_\_\_\_\_  نعم  لا
- هل تتلقى رعاية من طبيب؟ إذا كانت الإجابة نعم، فما الحالة التي يجري علاجها؟ \_\_\_\_\_  نعم  لا
- هل أصابك مرض خطير أو أجريت عملية جراحية؟ إذا كانت الإجابة نعم، فماذا كان المرض أو العملية؟ \_\_\_\_\_  نعم  لا
- هل أقمت في مستشفى في آخر 5 سنوات؟ إذا كانت الإجابة نعم، فلماذا؟ \_\_\_\_\_  نعم  لا
- مرض في القلب والأوعية الدموية (متاعب في القلب، أزمة قلبية، انسداد في الشريان التاجي، قصور في الشريان التاجي)  نعم  لا
- تلف في صمامات القلب أو في صمامات القلب الصناعية أو نفخة قلبية؟  نعم  لا
- هل احتجت من قبل إلى نقل دم؟ إذا كانت الإجابة نعم، فلماذا: \_\_\_\_\_  نعم  لا
- هل أنت مصاب بأي اضطراب في الدم، مثل فقر الدم؟  نعم  لا
- هل خضعت لجراحة أو علاج إشعاعي أو دوائي لورم أو للنمو أو لحالة أخرى؟  نعم  لا
- هل تعرضت لأي متاعب خطيرة مرتبطة بأي علاج سابق للأسنان؟  نعم  لا
- هل تتنضم حالياً أو انضمت في السابق إلى برنامج لعلاج إدمان المخدرات؟  نعم  لا
- هل تستخدم حالياً أي عقاقير ترويحية؟ إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى ذكرها: \_\_\_\_\_  نعم  لا
- هل تتناول حالياً أو تناولت في السابق دواء لعلاج هشاشة العظام (ثنائيات الفوسفونات، مثل Fosamax)؟  نعم  لا
- هل تشعر بال ألم في الصدر عند الإجهاد؟  نعم  لا
- هل لديك منظم ضربات قلب؟  نعم  لا
- هل تم تشخيص إصابتك بالسرطان من قبل؟  نعم  لا
- هل تعمل في أي مكان يجعلك عرضة باستمرار للأشعة السينية أو إشعاع تآين آخر؟  نعم  لا
- هل تدخن؟  نعم  لا
- هل أنت مصاب بأي مرض أو حالة طبية أو مشكلة غير مدرجة أعلاه وتعتقد أنه ينبغي أن أعلم بها؟  نعم  لا
- إذا كانت الإجابة نعم، فاشرح: \_\_\_\_\_

هل أنت مصاب الآن أو كنت مصاباً من قبل بأي من الأمراض أو المشاكل التالية: اختر  نعم أو لا:

- مرض يؤثر في المناعة، أو مرض مناعة ذاتية، مثل فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو الإيدز أو الذئبة  نعم  لا
- السكري إذا كانت الإجابة نعم، فهل هو تحت السيطرة؟ \_\_\_\_\_ ما النوع الذي أصابك؟ \_\_\_\_\_  نعم  لا
- مشكلة بالجيوب الأنفية  نعم  لا
- الربو  نعم  لا
- التهاب المفاصل إذا كانت الإجابة نعم، فما نوعه \_\_\_\_\_  نعم  لا
- قرح المعدة  نعم  لا
- مشكلة بالكلية  نعم  لا
- السل  نعم  لا

\* \* \* \* \* يرجى ملء الجانب الآخر \* \* \* \* \*

- مرض تناسلي إذا كانت الإجابة نعم، فما المرض: \_\_\_\_\_
- نزيف غير طبيعي مصاحب لعمليات استئصال أو جراحة أو رضح سابق
- سهولة التكدم
- ضغط الدم المرتفع
- سكتة دماغية
- عيوب خلقية في القلب
- مرض بالكبد
- التهاب الكبد إذا كانت الإجابة نعم، فما نوعه؟ \_\_\_\_\_
- نوبات إغماء أو نوبات مرضية أو صرعية

هل أنت مصاب بحساسية أو حدث لك رد فعل مناروي لأي مما يلي؟ اختر  نعم أو لا

- التخدير الموضعي. إذا كانت الإجابة نعم، فماذا حدث؟
- البنسيلين. إذا كانت الإجابة نعم، فماذا حدث؟
- مضاد حيوي آخر \_\_\_\_\_ . إذا كانت الإجابة نعم، فماذا حدث؟
- الأسبرين. إذا كانت الإجابة نعم، فماذا حدث؟
- كودين أو مخدر آخر. إذا كانت الإجابة نعم، فماذا حدث؟
- المهدئات أو المسكنات أو الأقراص المنومة. إذا كانت الإجابة نعم، فماذا حدث؟
- اللاتكس أو المطاط الطبيعي. إذا كانت الإجابة نعم، فماذا حدث؟
- غير ذلك \_\_\_\_\_ . إذا كانت الإجابة نعم، فماذا حدث؟

يرجى سرد كل الأدوية الحالية ذات وصفة طبية ومن دون وصفة طبية:

اسم الدواء	(يرجى استخدام ورقة إضافية عند الحاجة)	الجرعة	معدل التكرار؟
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**للنساء**

- هل أنت حامل أو تعتقدين في احتمالية كونك حاملاً؟
- إذا كانت الإجابة نعم، فما موعد الولادة؟ \_\_\_\_\_
- هل أنت مرضع؟
- هل هذا هو طفلك الأول؟

أشهد بأنني قد قرأت المذكور أعلاه وفهمته، وأقر بأنني تلقيت إجابات عن أسئلتي بشكل مرضيني. لن أعتبر طبيب أسناني أو أي موظف في مركز صحة المجتمع مسؤولاً عن أي أخطاء/إغفالات قد أكون وقعت فيها عند ملء هذه الاستمارة.

التاريخ	توقيع طبيب الأسنان / اختصاصي الصحة العامة	توقيع المريض / ولي الأمر / الوصي
	توقيع طبيب الأسنان / اختصاصي الصحة العامة	اسم المترجم الفوري بخط واضح
		توقيع المترجم الفوري