

# نفخر بخدمة الجالية في الثلاث و الثلاثين سنة الماضية 2021 المركز الكندي للطب البديل

5468 Dundas Street West, Suite 101, Toronto Ontario Canada M9B 6E3

التليفون: 416-207- 0207 الفاكس: 416-207- 0272

الموقع [www.inaturopath.ca](http://www.inaturopath.ca)



النسخة العربية كتون الثاني 2023

إستمارة إستبيان طبية للبالغين ذات سرية عالية بعد توقيعها و استلامها.

زائرنا الكرام لقد أعد هذه الإستمارة رئيس العيادة الدكتور فاتح الدين خصيصاً للمتكلمين بلغة الضاد في شمال أمريكا كي تساعدكم في شرح الحالة أو الحالات المرضية التي دعتمكم لطلب الكشف الطبي، فنرجو منكم قراءة جميع الأسئلة ثم الإجابة عليها بقدْرِ عالٍ من الدقة و التركيز. إن إجاباتكم ستساعدنا بالكشف على حالتكم و تشخيصها بصورة دقيقة حتى نستطيع أن نصفَ الدواء و العلاجات التي تتناسب و حالتكم الصحية و الأعراض التي تعانيون منها. إن أفراد الطاقم الطبي في عيادتنا و الدكتور فاتح سيقبلون معالجتكم إذا شعروا بأنكم ستقومون بتنفيذ جميع التعليمات المتعلقة ① بالعلاجات و ② الأدوية و ③ نظام التغذية و كل ما يراه الدكتور ضرورياً للشفاء بأقرب فرصة إنشاء الله. و شكراً. يجب إملاء جميع الفراغات وخاصة الفراغات التي عليها إشارة (\*). و يجب توقيع القسيمة وكتابة التاريخ الحالي قبل إرسالها. ،

## معلومات شخصية ضرورية جداً

الإسم (بالحرف العربي ثم اللاتيني): \_\_\_\_\_ إسم الوالد: \_\_\_\_\_ الكنية (بالحرف العربي ثم اللاتيني): \_\_\_\_\_  
تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ ذكر  أم أنثى  ، الطول: \_\_\_\_\_ الوزن: \_\_\_\_\_ الهواية: \_\_\_\_\_  
نوع العمل: \_\_\_\_\_ اسم شركة العمل: \_\_\_\_\_ هاتف العمل: \_\_\_\_\_  
هاتف المنزل: \_\_\_\_\_ الجوال: \_\_\_\_\_ ، البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_  
عنوان المنزل: \_\_\_\_\_ ، المدينة: \_\_\_\_\_ ، الدولة: \_\_\_\_\_  
تاريخ بدء الحالة المرضية: \_\_\_\_\_ ، إسم الطبيب الذي أشرف على العلاج: \_\_\_\_\_  
هل شفيت الحالة المرضية أم لم تشفى...إشرح من فضلك: \_\_\_\_\_  
لقد عالجتني الأطباء في الماضي من الأعراض التالية: \_\_\_\_\_  
أما حالياً فأبني أطلب علاجي من الأعراض التالية: \_\_\_\_\_

أفراد عائلتي الذين يعانون من نفس العارض  والدي،  والدتي،  زوجي،  أحد إخوتي الشباب،  إحدى أخواتي البنات،  أحد أولادي،  إحدى بناتي  
عدد أولادي الذكور \_\_\_\_\_ ، أولادي البنات \_\_\_\_\_ ، إخوتي الذين يكبرونني \_\_\_\_\_ ، أخواتي اللاتي تكبرنني \_\_\_\_\_ ، إخوتي الذين يصغرونني \_\_\_\_\_ ، أخواتي اللاتي يصغرنني \_\_\_\_\_

## معلومات عن زوجي

الإسم (بالحرف العربي ثم اللاتيني): \_\_\_\_\_ ، إسم الوالد: \_\_\_\_\_ الكنية (بالحرف العربي ثم اللاتيني): \_\_\_\_\_  
هاتف العمل: \_\_\_\_\_ ، الجوال: \_\_\_\_\_ ، بريد زوجي الإلكتروني: \_\_\_\_\_  
عنوان البيت: \_\_\_\_\_ ، المدينة: \_\_\_\_\_ ، الدولة: \_\_\_\_\_ رمز البريد: \_\_\_\_\_

## بمن نستطيع أن نتصل في حالة الضرورة ؟

الإسم: \_\_\_\_\_ ، الكنية: \_\_\_\_\_ ، صلة القرابة: \_\_\_\_\_  
هاتف العمل: \_\_\_\_\_ ، الجوال: \_\_\_\_\_ ، بريد زوجي الإلكتروني: \_\_\_\_\_  
عنوان البيت: \_\_\_\_\_ ، المدينة: \_\_\_\_\_ ، الدولة: \_\_\_\_\_ ، الرمز البريدي: \_\_\_\_\_

## أعلمنا من يستحق أن نرسل له بطاقة شكر لأنه عرفك على عيادتنا ؟

الإسم: \_\_\_\_\_ ، الكنية: \_\_\_\_\_ ، صلة القرابة: \_\_\_\_\_  
هاتف المنزل: \_\_\_\_\_ ، هاتف العمل: \_\_\_\_\_ ، الجوال: \_\_\_\_\_

أين تعرفت على العيادة: قرأت مقالة عن العيادة  ، محاضرة للدكتور فاتح  ، لوحة العيادة  ، جوجل  ، بحثت على إنترنت  ، إنستاجرام  ،

## زارنا الكرام

الرجاء أن تحضر معك في يوم الفحص جميع نتائج الفحوصات الطبية و فحص الدم و نتيجة صور الأشعة و تاريخ العمليات التي أجريت لك و كل ما قد يتعلق بصحتك. بالنسبة للمقيمين في أونتاريو فإن مؤسسة OHIP لا تغطي هذا العلاج إطلاقاً لكن شركات التأمين في مكان عملك أو عمل زوجك قاطبة تغطي علاجاتنا التي نجرها داخل العيادة أما الأدوية التي نصفها للناس فإن بعض الشركات قد لا تغطي الأدوية الطبيعية ويطبيعية الحال فأننا لا نعرف الكثير عن هذه الشركات و عليك أن تتواصل معهم لتتعرف عما يغطونه وما لا يغطونه. أما المقيمين في الوطن العربي فيجب أن نلفت انتباهكم أن بعض شركات التأمين قد لا تغطي هذا الفحص أو العلاجات أو الأدوية و عليك التواصل معهم للتغطية. في جميع الأحوال فإننا نعطيكم وصلاً بقيمة الدفع، و عليك أن تتصل بشركة التأمين مباشرة للتعويض إذ أننا لا نتعامل مع شركات التأمين مباشرةً.

إختيار ✓	أسم الفحص	سعر العلاج	شرح
	قيمة الفحص الأول الكامل (حوالي ساعتين) هي	\$229 لا ضريبة عليها	يضاف إليها ثمن الأدوية اللازمة للعلاج وضرائها.
	قيمة كل فحص فيما بعد (حوالي نصف ساعة) هي	\$099 لا ضريبة عليها	يضاف إليها ثمن الأدوية اللازمة للعلاج وضرائها.
	قيمة علاج تقويم الفقرات أو علاج IFC للعضلات و المفاصل و علاج تدليك عضلة	\$050	علاجات تقوم بها لترميم الجسم إذا احتاج أمر العلاج ذلك
	قيمة علاج IFC	\$40.50	علاج من المانيثا لتقويم العضلات و المفاصل

## إن القانون الكندي يتطلب من كل مريض أن يوقع في أسفل هذه الفقرة إذا كان موافقاً على جميع النقاط التالية:

- لقد قرأت المعلومات المكتوبة أعلاه و فهمت محتواها و ليس عندي أي اعتراض عليها
- أنا موافق على الكشف الطبي كما يراه الدكتور فاتح الدين لحالتي المرضية
- أنا أعلم أن الدكتور فاتح هو طبيب بالطب البديل و خريج جامعة الطب البديل في تورونتو أونتاريو في كندا
- و أعلم أن علاجه هو علاج طبيعى يتقيد بقوانين الطب البديل كما هو متعارف عليه في مقاطعة أو ناريو في كندا.
- أنا أعلم أن الدكتور فاتح ليس طبيب بالطلب العادي الكلاسيكي المتعارف عليه و أن علاجه لا يتداخل مع طبيعة العلاج الطبي الكلاسيكي
- أنا أعلم أيضاً أن ما من شئ يقدني من طلب العلاج من أي طبيب في أي إختصاص أخر خلال علاجي مع الدكتور فاتح
- إن تطبيقي لعلاج الدكتور فاتح هو بمحض إختياري الصريف
- لقد قرأت و فهمت النقاط كلها و سأسدد أيضاً الرسوم المترتبة علي فيما يتعلق بثمان العلاجات و المغذيات و الأدوية عند كل زيارة. و سوف أجييب على جميع الأسئلة المتعلقة بصحتي و الأعراض التي أشكو منها حالياً و التي أصابنتي و كنت قد عانيت منها في السابق بصورة دقيقة و مركزة إلى أقصى ما تستطيع عليه ذاكرتي.

\* التاريخ:

. الوقت:

\* توقيع المريض:

\* التاريخ:

. الوقت:

\* توقيع الشاهد:

### معلومات هامة

بما أن طول فترة الزيارة حوالي ساعتين فالرجاء الحضور حوالي عشر دقائق قبل الموعد لأننا سنأخذ منك عينة من بولك قبل الشروع بالفحص. سنتقسم الساعتين إلى ساعة تقريباً للفحص و التشخيص وساعة تقريباً لشرح و ترتيب نظام التغذية والأدوية والعلاجات مما يتناسب مع حالتك الطبية و مع الأعراض التي تشتكى منها و مع نتيجة الفحص الطبي الذي يجريه الدكتور فاتح.

### إن العلاج البديل يختلف اختلافاً شديداً عن الطب الكلاسيكي في نقاط كثيرة أهمها .

إن طول الزيارة الأولى في عيادتنا حوالي ساعتين. وبهذه الزيارة سيقوم الدكتور فاتح بمراجعة هذا الإستينيان الطبي ثم سيقم الأعراض التي تشتكى منها ثم يقوم بالفحوصات السريرية الطبية التي تتناسب مع الأعراض التي تشتكى منها ثم يقوم بشرح التغذية التي تسبب نجاح العلاج أو فشله ثم يقوم بوصف العلاج البديل من أدوية وعلاجات فيزيائية أو مغذيات وريدية التي يجب أن تأخذها يومياً أو أسبوعياً. ثم سيعطيك موعد بعد أسبوعين لتعود لتقييم فترة الأسبوعين من العلاج و الدواء

#### النقطة الأولى

خلال أول أسبوعين سيمر عليك يوماً أو يومين قد يقوم الجسم بإظهار بعض الأعراض التي نحن بصدد علاجها ببعض الشدة والألم لأن الجسم سيدفع هذا العارض بسموهه إلى خارج الجسم فلا تتوقف عن العلاج لأن هذا متوقع.

#### النقطة الثانية

في الزيارة الثانية (حوالي ثلاثين دقيقة) سيفحصك الدكتور فاتح ليري كيف تعامل الدواء الطبيعي مع جسمك ومن ناحية أخرى كيف تعامل جسمك مع الدواء إذ يتوقع الدكتور تحسن بنسبة من 15% إلى 25% خلال الأسبوعين السابقين وعليه سينخفض عدد مرات أخذ الدواء مثلاً من ثلاث مرات إلى مرتين باليوم. هذا الكشف الدوري سيتكرر على فترات متباعدة وفي كل موعد تنخفض عدد مرات أخذ الدواء إلى أن يتم الشفاء. خفض عدد مرات الدواء لا تتم على التلفون أو بالإيميل لأنها تحتاج لكشف لأن الطب البديل لا يعالج عارض المرض بل يعالج سبب العارض الذي سبب المرض ذلك حتى يزيل المرض كلياً من الجسم.

#### النقطة الثالثة

أن الطب البديل يعتمد على أدوية مستخلصة من مواد طبيعية كالإنزيمات والفيتامينات والمعادن الخفيفة التي ليس لها أعراض جانبية تذكر. لذا لا يجب أن تتوقف عن استعمال الأدوية أو التغذية حتى يتم الشفاء. إذا لم تستغ طعم الدواء فتذكر أن الدواء لا يؤخذ للمتعة وأن الدواء ليس نزهه أن الطب البديل يعتمد على التغذية بشكلٍ شديدٍ لما فيها من فوائد صحية تمد الجسم بما يقويه على المرض وإزالة سموهه . والتغذية عامل أساسي. أن سرعة شفاء المريض تعتمد على ( Compliance ) شدة تمسك المريض في تطبيق العلاج وإستعمال الأدوية وتطبيق التغذية التي في كتيب التغذية. وبهذه النقاط يقوم العلاج البديل على تنشيط وتوظيف قدرات الجسم الكامنة فيه إلى العمل على الشفاء .

#### النقطة الرابعة

أن دخول المرض إلى الجسم قد يأخذ وقتاً وكذلك إخراج المرض يأخذ وقتاً أيضاً. فالعلاج البديل ليس ملقعة سحرية تزيل المرض بين عشية وضحاها العلاج يجري داخل العيادة فقط وفي أوقات الدوام في العيادة حسب مواعيد محددة وليس بلقائات بالصدفة أو لقائات في الحفلات أو على التلفون. لا يمكن تغيير الدواء بالمكالمات الهاتفية أو أثناء لقاء عابر في العيادة أو خارج العيادة عدم تتابع العلاج أو عدم متابعة إستعمال الدواء أو الإنقطاع عن إستعمال التغذية أو العودة إلى الماكولات التي أوقف استعمالها الدكتور فاتح قد يؤدي إلى تراجع الصحة إلى ما كانت عليه قبل بداية العلاج.

#### النقطة الخامسة

#### النقطة السادسة

#### النقطة السابعة

#### النقطة الثامنة

#### النقطة التاسعة

#### النقطة العاشرة

التأخير للموعد قد يتضارب مع مواعيد الناس. الرجاء الحضور قبيل الموعد بعشرة دقائق لأن التأخير قد لا يكفي لإنهاء جميع نقاط زيارتك إذا اضطر الأمر أن ترسل هذه القسيمة وتحاليل الدم إلى العيادة بالفاكس أو الإيميل فالرجاء الرجاء أن لا تصور الأوراق بالجوال بل إستعمل Scanner السكران ثم أرسلهم إلى الإيميل [clinic@live.com](mailto:clinic@live.com) أو إستعمل الفاكس 416-207-0272 وعدم إرسال الأوراق عن طريق What's App

#### النقطة الحادية عشر

#### النقطة الثانية عشر

بالنسبة للرجال لن يقوم الطبيب بإجراء أي فحص داخلي كفحص غدة المؤثة ( البروستات) خلال الزيارة الأولى. أما إذا استدعت حالتك المرضية هذا الفحص خلال الزيارة الأولى فيجب عليك أن تجيب على سؤال غدة المؤثة, نعم في الصفحة الخامسة في الأسئلة المخصصة للرجال فقط ثم أن تضع توقيعك تحت الجواب.

بالنسبة للنساء لن يقوم الطبيب بإجراء أي فحص نسائي داخلي كفحص الأنداء أو الرحم أو المهبل خلال الزيارة الأولى. أما إذا استدعت حالتك المرضية هذا الفحص خلال الزيارة الأولى فيجب عليك أن تجيب على سؤال الفحص النسائي الداخلي بنعم في الصفحة الخامسة في الأسئلة المخصصة للنساء و تضعي توقيعك تحت الجواب حتى يرتب لتواجد إحدى الممرضات أثناء الفحص.

### طريقة إملاء الأسئلة في القسيمة التالية:

فيما يلي بعض النقاط التي تساعدك على إملاء القسيمة الطبية التالية بطريقة صحيحة بحيث تعطينا فكرة واضحة عن الأعراض التي تريد علاجها وشدة الألم الذي تشعر به و تكرار هذه الآلام في فترة زمنية معينة. ونحن نستعمل طريقتين للإجابة على الأسئلة.

الأولى بإختيار واحد من الأجوبة التالية الطريقة الأولى هي **دائماً** أو **تكرراً** أو **نادراً**

**دائماً** : يعني أن العارض المذكور يستمر لفترة طويلة من اليوم أو الليل أو كلاهما معاً

**تكرراً** : يعني أن العارض المذكور يعاود كل يومين أو كل أسبوع أو كل شهر

**نادراً** : يعني أن العارض المذكور يعاود كل عدد من الأشهر

والطريقة الثانية هي التعبير عن شدة العارض **بالأرقام** حيث تدل الأرقام من (1 إلى 3) على عارض خفيف و تدل الأرقام من (4 إلى 7) إلى عارض متوسط الشدة و تدل الأرقام من (8 إلى 10) إلى عارض شديد جداً ناهيك عن فترة حدوثه

### الجهاز الهضمي

	دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً
غثيان	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
امساك	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
اسهال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
غازات معوية	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
خمول بعد الأكل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
تفخ البطن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
عسر هضم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
حموضة معدية	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
تجشؤ بعد الأكل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
تجشؤ أثناء الأكل	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
تجشؤ بدون الأكل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

الغثيان هنا عارض نادر (مرة بالشهرين مثلاً) لكنه نوعاً ما شديد عندما يحدث

الغازات المعوية هنا عارض متكرر (عدد من المرات بالشهر مثلاً) لكنه نوعاً ما شديد عندما يحدث

الحموضة المعدية هنا عارض متكرر (مرة باليوم مثلاً) لكنه نوعاً ما شديد عندما يحدث

التجشؤ أثناء الأكل هنا عارض نادر (مرة بالشهرين مثلاً) لكنه خفيف جداً عندما يحدث

الرجاء قراءة الأعراض التالية التي قد تعاني منها الآن أو التي قد كنت تعاني منها في الماضي , الرجاء وضع إشارة  في المربع الذي يتوافق مع استمرار هذا العارض إن كان دائماً أو متكرراً أو نادراً و عدم الإجابة إذا لم يكن لك أي أعراض من العارض المذكور, ثم ضع رقماً من 1-10 بحيث يقدر شدة العارض إذ أن الرقم (1) هو عارض خفيف جداً و (10) عارض شديد جداً وشكراً.

تعرق شديد     ..... تقريباً نادراً      تكرراً دائماً      فقر دم      معلومات عامه  لا أعراض

- صوت خشة في الأذن  
    صوت صفير في الأذن  
    فقدان التوازن

### الجلد ٧ أعراض

تقديراً نادراً تكرر دائماً

- حكة دائمة  
    تعرق شديد  
    ظهور دمامل MRSA  
    ظهور تآليل  
    جفاف جلدي  
    ظهور تقرحات  
    تكسر الأظافر  
    ظهور حببات جلدية  
    ظهور حب الشباب  
    صعوبة التام الجروح  
    التهاب جذر الأظافر  
    بياض تحت الأظافر  
    أعراض إكزيما  
    أعراض صدفية  
    إمرار على الخدين

### الأنف ٧ أعراض

تقديراً نادراً تكرر دائماً

- عطاس  
    سيلان أنفي  
    انسداد الأنف  
    التهاب الأنف  
    حكة في الأنف  
    ضعف بحاسة الشم  
    نزيف دم من الأنف  
    التهاب الجيوب الأنفية

### الجهاز البولي ٧ أعراض

تقديراً نادراً تكرر دائماً

- تبول كثير  
    بول أسود  
    دم في البول  
    تقحح في البول  
    حرقة في البول  
    التهاب في الكلية  
    حصوة في الكلية  
    حصوة في المثانة  
    جريان بول بطئ  
    انسداد مجرى البول  
    قمل في شعر العانة  
    حكة في شعر العانة  
    التهاب مجرى البول  
    حكة في مجرى البول  
    تقطع في جريان البول  
    تبول لا إرادي أثناء النوم  
    رائحة للبول شديدة  
    تبول كثير بالليل

### القلب ٧ أعراض

تقديراً نادراً تكرر دائماً

- ضيق في التنفس  
    ذبحة صدرية  
    دوخة خفيفة  
    ارتفاع ضغط الدم  
    انخفاض ضغط الدم  
    عدم انتظام دقات القلب  
    تسرع نبضات القلب  
    ارتفاع الكوليسترول  
    انسداد بعض الشرايين  
    تضيق صمام القلب  
    ألم في الصدر مع تعرق

- تنتفخ البطن  
    عسر هضم  
    حموضة معدية  
    تجشؤ بعد الأكل  
    تجشؤ أثناء الأكل  
    تجشؤ بدون الأكل  
    إرتداد مريئي  
    عدم الشعور بالجوع  
    مغص معوي  
    رائحة في الفم  
    قرحة بالمعدة  
    قرحة بالأمعاء  
    تقئ دم أسود  
    تقئ قسري  
    آلام فوق المعدة  
    آلام في المرارة  
    آلام في الكبد  
    ألم في الأمعاء الدقيقة  
    ألم الكولون العصبي  
    التهاب الرتج  
    التهاب كولون تقرحي  
    التهاب في الأمعاء  
    نزيف دم أحمر شرجي  
    نزيف دم أسود شرجي  
    حكة شرجية في الليل  
    ديدان بيضاء في البراز  
    ديدان صغيرة في البراز  
    سلبية في الأمعاء  
    فترات طعام في البراز  
    بواسير في الشرج  
    عدم السيطرة على البراز  
    اسهال بعد أكل الدهون

### جهاز التنفس ٧ أعراض

### جهاز التنفس ٧ أعراض

تقديراً نادراً تكرر دائماً

- سعال  
    آلام بالصدر  
    أزيز رئوي  
    بلغم مع دم  
    سعال مزمن  
    أعراض الربو  
    التهاب القصبات  
    أعراض الخناق  
    صعوبة بالتنفس  
    خرخرة رئوية  
    أعراض ذات الجنب  
    أعراض ذات الرئة  
    التهاب رئوي حاد  
    شعور بضيق الصدر  
    أعراض نفاخ الرئة  
    تدخين سجائر  
    تدخين ماريوانا  
    هل أصابك كوفيد-19  
    هل أخذت لقاح كوفيد-19

### الحلق ٧ أعراض

- تصخم اللوز  
    ألم في الحلق  
    حكة في الحلق  
    التهاب في اللوز  
    التهاب في الحلق  
    تقرحات في الحلق  
    تغيير نبرة الصوت  
    بلغم في الحلق  
    ألم أثناء البلع

### العين ٧ أعراض

تقديراً نادراً تكرر دائماً

- تقحح بالعيون  
    حكة بالعين  
    احمرار بالعين  
    دموع بالعين  
    آلام فوق الحاجبين  
    التهاب جفن العين  
    ضعف في البصر  
    تنفخ تحت العينين  
    رَزَق في العين

### \* الجهاز الهضمي ٧ أعراض

تقديراً نادراً تكرر دائماً

- غثيان  
    امساك  
    اسهال  
    غازات معوية  
    خمول بعد الأكل

### الفم ٧ أعراض

تقديراً نادراً تكرر دائماً

- نخر في الأسنان  
    خشوة أسنان معدنية  
    تحسس الأسنان للبرد  
    ضعف حاسة الذوق  
    رائحة من الفم دائمة  
    نزيف من اللثة  
    طبقة بيضاء على اللسان

### شعر الجلد و الرأس ٧ أعراض

تقديراً نادراً تكرر دائماً

- صلغ عام  
    صلغ التبعية  
    تساقط الشعر  
    شعر جاف  
    شعر زيتي  
    قشرة الشعر  
    التهابات جلدة الرأس  
    حكة بجلدة الرأس  
    قمل بجلدة الرأس  
    انشطار رأس الشعرة  
    صدفية بجلدة الرأس  
    بثرات بجلدة الرأس

### الأذن ٧ أعراض

تقديراً نادراً تكرر دائماً

- احمرار الأذنين  
    آلام في الأذن  
    ضعف في السمع  
    طنين في الأذن  
    حكة في قناة الأذن  
    سيلان أذن صديدي  
    تجمع سيلان في الأذن  
    ثقب في طبلة الأذن

## العضلات و العظام و المفاصل □ لا اعراض

تقديراً نادراً تكرراً دائماً

- فتاق أنسجة  
أعراض النقرس  
التهاب المفاصل  
التهاب مفاصل رثياني  
تيبس بالمفاصل  
تقلص عضلات الساق  
عمود فقري جف  
عمود فقري أحذب  
آلم عام بالعضلات  
آلام بعضلات الرقبة  
تصلب بعضلات الرقبة  
آلام عرق النسي  
تورم بالمفاصل  
أعراض نخر العظام  
أعراض نفض عضلي  
آلم بغضروف القص  
آلام بين الأضلاع  
آلم في أعلى الظهر  
آلم في منتصف الظهر  
آلم في أسفل الظهر  
آلم في العصعص  
تآكل الفقرات  
ترقق في العظام  
نتوات كلسية مفصليّة  
تضييق في قناة الرسغ  
تيبس المفاصل صباحاً  
فتاق دسك الفقرات  
كسر عظمي لم يلتئم  
**آلم أو تنمل في .....**  
أعلى الكتفين  
بين الكتفين  
اليدين  
الكوعين  
الساعدين  
الرسغين  
الكفين  
أصابع اليدين  
الخصرين  
الساقين  
الركبتين  
الرجلين  
الكاحلين  
القدمين  
الكعبين  
أصابع الأقدام  
وكسة اصابع القدم  
أسفل القدم  
قوس القدمين

## الغدد الصماء □ لا اعراض

تقديراً نادراً تكرراً دائماً

- دراق  
مرض السكر  
مرض سكر أطفال  
انخفاض سكر الدم  
تضخم الغدة الدرقية  
ضمور الغدة الدرقية  
ضغط الغدة الكظرية

## النوم □ لا اعراض

تقديراً نادراً تكرراً دائماً

- أستيقظ الساعة  
أنام الساعة  
أرق (عدد الساعات )

- لا أستطيع العودة للنوم  
أنام القيلولة ساعة  
نومي منقطع  
نعسان طوال اليوم  
توقف التنفس أثناء النوم  
أستعمل دواء للنوم  
أستعمل جهاز CPAP

## الرأس □ لا اعراض

تقديراً نادراً تكرراً دائماً

- شقيقة  
شقيقة نصفية  
أستعمل أدوية شقيقة  
صداع  
صداع نصفي  
صداع بمؤخرة الرأس  
صداع بجبهة الرأس  
صداع عند النهوض  
صداع مع الجوع  
صداع بعد حادث سير  
أستعمل أدوية صداع  
عدد حالات الصداع بالأسبوع  
دواء الصداع الذي أستعمله  
عدد حالات الشقيقة بالأسبوع  
دواء الشقيقة الذي أستعمله

## أي أمراض سرطانية □ لا اعراض

تقديراً نادراً تكرراً دائماً

- سرطان في  
سرطان غير منتشر  
سرطان منتشر  
سرطان مرحلة أولى  
سرطان مرحلة ثانية  
سرطان مرحلة ثالثة  
علاج Mistletoe  
علاج أشعة  
علاج كيماوي  
عدد العلاجات

## جهاز حساسية الوالدين □ لا اعراض

تقديراً الوالد لا أحد الوالدة

- حساسية لحشرة السوس  
حساسية لغبار الطلع  
حساسية للعلوات  
حساسية للفواكه  
حساسية للكأ  
حساسية للحليب  
حساسية للأدوية  
حساسية للحبوب  
حساسية للفطريات  
حساسية للحيوانات  
حساسية للمواد الكيماوية  
تدخين أثناء الحمل

## الجهاز العصبي و النفسي □ لا اعراض

تقديراً نادراً تكرراً دائماً

- القلق  
اغماء  
حساس جدا  
غير متفائل  
فقدان الوعي  
أعراض التوحد  
شعور بالدوخة  
شعور بالعصبية  
شعور بالوحدة  
شعور بالكآبة  
شعور بالحزن  
شعور بالعزلة

- شعور بالخمول  
عارض توريت Tourette  
أعراض خوف  
أعراض صرع خفيف  
أعراض صرع شديد  
أضايق من الانتقاد  
أفتقد زمام المبادرة  
أفتقد زمام الراحة  
انفصام الشخصية  
تفكير بالانتحار  
شعور بالخطأ  
شعور بالخجل  
ميل للبكاء  
ضغط مالي  
ضغط نفسي  
ضغط عائلي  
ضغط اجتماعي  
ضغط من العمل  
عدم ثقة بالنفس  
رؤية أحلام مزعجة  
عدم ميل للجنس الآخر  
الطقس يؤثر على نفسياتي  
تبول لا إرادي بالليل

## أعراض الحساسية □ لا اعراض

تقديراً نادراً تكرراً دائماً

- حساسية طوال العام  
حساسية موسمية  
حساسية الربيع  
حساسية الصيف  
حساسية الخريف  
حساسية الشتاء  
حساسية للغبار  
حساسية لحشرة السوس  
حساسية لغبار الطلع  
حساسية من الحليب  
حساسية للأدوية  
حساسية للحبوب  
حساسية من البيض  
حساسية ملونات الأكل  
حساسية للحيوانات  
حساسية الكيماوية  
حساسية للفواكه  
حساسية للكأ  
حساسية للفطريات  
حساسية للحشرات  
حساسية للأشجار  
اسم المادة المحسنة  
اسم المادة المحسنة  
اسم المادة المحسنة  
اسم المادة المحسنة  
اسم المادة المحسنة

## الرجال و الجهاز التناسلي □ لا اعراض

تقديراً نادراً تكرراً دائماً

- عقم  
ضعف جنسي  
مرض الزهري  
ضعف الإنتصاب  
سرعه في القذف  
آلم في الخصيات  
فتاق في الخصيات  
سقل في الخصيات  
تضخم المؤثة  
ورم في الخصيات  
حكة في شعر المثانة  
حكة بالعضو التناسلي

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض الملأ التناسلي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض السيلان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض طفحة سفلية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قمل في شعر المعانة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	العزل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استئصال الأسهر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كبود جاف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كبود عليه مبيد النظف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	متزوج من أكثر من زوجة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أريد فحص المؤثة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تاريخ فحص للمؤثة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضع توقيتك من فضلك

### معلومات عن طريقة أكلي

تقريباً نادراً تكرر دائماً

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أكل الفطور يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أكل الغداء يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أكل العشاء يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أكل بين الوجبات يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أشرب الحليب يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أكل اللبن يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أكل الجبن يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أكل آيس كريم يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أكل السلطة يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أكل الفواكه يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أكل اللحم يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أكل الخبز يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أكل السكريات يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ألعاب رياضة..... باليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أسهر حتى الساعة..... باليلة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أشرب شاي..... باليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أشرب بيرة..... باليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أشرب كحول..... باليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أشرب مياه غازية..... باليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أدخن..... باليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أدخن ماريوانا..... باليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أستعمل زيت CBD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شوكولاتة..... باليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حلويات..... باليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قهوة عربية..... باليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قهوة أمريكية..... باليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مخدرات وما سواها
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Red Bull..... باليوم

### للنساء و الجهاز التناسلي

تقريباً نادراً تكرر دائماً

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تضخم الأثناء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض تعرق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض الأم الدورة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دورة طويلة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دورة قصيرة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إفرازات مهبلية بيضاء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حكة في الفرج

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نزيف بعد الجماع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دورة غير منتظمة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دورة كل أسبوعين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	وجود كتلة في الأثناء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سيلان صديد من الحلمة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سيلان دم من الحلمة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سيلان حليب من الحلمة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عارض مرض السيلان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انقطاع الدورة الشهرية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض سن اليأس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فطريات في المهبل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تآليل في المهبل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قمل في شعر العانة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض طفحة سفلية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض الحلا التناسلي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعف الرغبة الجنسية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استعمل محارم للدورة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استعمل دحسة بالدورة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>مواد تنظيم الحمل</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اللؤلب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	العزل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عازل جاف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حاجب مطاطي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ربط المبايض
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حبوب منع الحمل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مرهم مبيض للنظف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جدول تنظيم الحيض
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استئصال أسهر الزوج
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عزل عليه مبيد النظف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أريد فحصاً للأثناء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أريد فحصاً داخلياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أنت حامل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تلقيح صناعي سابق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أستعملت كلوميد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدد مرات استعمال الكلوميد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تاريخ آخر دورة حيض
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تاريخ آخر فحص نسائي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدد مرات الحمل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدد مرات الإجهاض
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدد مرات الإملاص
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدد مرات الخداج
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تاريخ آخر فحص للأثناء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إن كنت حاملاً , عدد أشهر الحمل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعي توقيتك من فضلك

### العمليات الجراحية

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	العملية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التاريخ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	القلب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الفتاق

### قسمة التاريخ الطبي والتاريخ العلاجي

### الأدوية المستعملة

حالياً سابقاً حساسية

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بخاخ للربو
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كورتيزون
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مضاد حيوي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حبوب الضغط
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حبوب للصداع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حبوب أسبرين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حبوب تايلينول
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حبوب منع الحمل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	علاج مرض السكر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حبوب مضاد حيوي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	علاج للكوليسترول
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إبر لعلاج الحساسية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إبر إنسولين لعلاج السكر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حبوب تقوية الغدة الدرقية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	موسع شرايين نيتروجليسرين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

أحضر معك يوم الزيارة هذه التحاليل المخبرية إذا كانت موجودة عندك وإلا فأحضرها فيما بعد .

#### التحاليل العامة

CBC
Liver Enzymes
Cholesterol Panel
Creatinine
Homosystiene
G6PD
Vit D
تحاليل أمراض القلب والكوليسترول
Cardiac Profile
Homocystiene
Fibrinogen
Sen-CRP
ESR
تحاليل الأمراض السرطانية
CEA
Alphafetoprotein
Ca 19-9
تحاليل أمراض الرجال Ca 15-3
PSA
تحاليل أمراض السكر
Fasting Glucose
HbA1C
Bilirubin

الرجاء إتمام هذه الصفحة قبل الحضور إلى موعد الزيارة. إن هذه القسمة مهمة جداً ومصممة لتلقي ضوءاً على حياتك من الولادة إلى اليوم بترتيب سنوي ومتتابع بالنسبة للعمر من جميع النواحي المرضية والدوائية والنفسية والطبية. إن الدكتور فاتح سراج الدين يرى أن علاج أي مرض يجب أن يُدرَس من جميع النواحي حتى يكون علاجاً كاملاً و ناجحاً. لذا فإنه يريد أن يعرف عن كل ما نتذكره عن حياتك وعن الأمراض التي أصابتك وعن الأدوية التي استعملتها وفترة استعمالها وعن الفترة التي قضيتها في المستشفى والسبب الذي دعى لها مثلاً

لعملية اللوز و عملية المرارة الخ. **انظر إلى المثال في الصفحة التالية.** ويريد أن يعرف أيضاً جميع الأدوية التي استعملتها في حياتك وخاصة المضاد الحيوي (أنتيبوتك) وحبوب منع الحمل والكورتيزون. يجب أن تشير إلى سنة بداية العلاج وإلى سنة نهاية العلاج. يمكنك أن تضيف صفحات أخرى إذا احتاج الأمر.

من بعض الأمور التي يجب التركيز عليها هي:  
**1- فترة الرضاعة، 2- تاريخ وأسماء جميع اللادوية التي استعملتها طوال حياتك (قدر المستطاع)، 3- العمليات الجراحية، 4- استعمال المخدرات، 5- فترة التدخين.**

فترة العلاج	السنة	العمر	شرح الحالة المرضية
		الولادة	
		1	
		2	
		3	
		4	
		5	
		6	
		7	
		8	
		9	
		10	
		11	
		12	
		13	
		14	
		15	
		16	
		17	
		18	
		19	
		20	
		21	
		22	
		23	
		24	
		25	
		26	
		27	
		28	
		29	
		30	
		31	
		32	
		33	
		34	
		35	
		36	
		37	
		38	
		39	
		40	
		41	
		42	
		43	
		44	
		45	
		46	
		47	
		48	
		49	
		50	
		51	
		52	
		53	
		54	
		55	
		56	
		57	
		58	
		59	
		60	
		61	
		62	
		63	
		64	
		65	
		66	

يمكن اضافة صفحة ثانية إذا احتاج الأمر

لقد أقرت وزارة الصحة في مقاطعة أونتاريو أنه على جميع العيادات أن تسأل زوارها الأسئلة التالية عن مرض كوفيد-19 (COVID-19) حتى تمنع إنتشار المرض. فإذا كان جوابك لأي من الأسئلة (بنعم) ففي هذه الحالة يقتضى القانون أن لا نقدم لك خدمات الآن و عليك أن تغادر العيادة إلى المستشفى لتجري فحص كوفيد

هل تشعر الآن أو خلال الأيام السابقة بأي من هذه الأعراض:

لا

نعم

• ألم بالعضلات

لا

نعم

• حرارة .....

- لا  نعم • تعب وإرهاق
- لا  نعم • دوخان أو إقياء أو ألم في البطن
- لا  نعم • سيلان من الأنف أو التهاب في الأنف
- لا  نعم • هل سافرت خارج كندا في الأسبوعين الماضيين
- لا  نعم • هل كانت نتيجتك لفحص COVID-19 إيجابية
- لا  نعم • هل كنت في مكان واحد مع مريض COVID-19
- لا  نعم • هل تستعمل الكمامة في جميع الأوقات
- لا  نعم • نطلب أن تستعمل الكمامة خلال وجتك في العيادة

توقيع المريض أو المسؤول عنه

- لا  نعم • صداع
- لا  نعم • إسهال
- لا  نعم • أي أعراض سعال
- لا  نعم • زيادة في سعال سابق
- لا  نعم • ضيق في التنفس
- لا  نعم • صعوبة في التنفس
- لا  نعم • التهاب في الحلق
- لا  نعم • صعوبة في البلع
- لا  نعم • فقدان حاسة الشم
- لا  نعم • فقدان حالة التنوق
- لا  نعم • حالة برودة وسخونه
- لا  نعم • إجمار في العين

### مثال

الرجاء إتمام هذه الصفحة قبل الحضور إلى موعد الزيارة. إن هذه القسيمة مهمة جداً ومصممة لتلقي ضوء على حياتك من الولادة إلى اليوم بترتيب سنوي ومتتابع بالنسبة للعمر من جميع النواحي المرضية والدوائية والنفسية والطبية. إن الدكتور فاتح سراج الدين يرى أن علاج أي مرض يجب أن يُدرَس من جميع النواحي حتى يكون علاجاً كاملاً و ناجحاً. لذا فإنه يريد أن يعرف عن كل ما تتذكره عن حياتك وعن الأمراض التي أصابتك وعن الأدوية التي استعملتها وفترة استعمالها وعن الفترة التي قضيتها في المستشفى والسبب الذي دعى لها مثلاً لعملية اللوز وعملية المرارة إلخ. **انظر إلى المثال في الصفحة التالية.** ويريد أن يعرف أيضاً جميع الأدوية التي استعملتها في حياتك وخاصة المضاد الحيوي (أنتيبايوتك) وحبوب منع الحمل والكورتيزون. يجب أن تشير إلى سنة بداية العلاج وإلى سنة نهاية العلاج. يمكنك أن تضيف صفحات أخرى إذا احتاج الأمر.

من بعض الأمور التي يجب التركيز عليها هي:

- 1- فترة الرضاعة، 2- تاريخ واسماء جميع الأدوية التي استعملتها طوال حياتك (قدر المستطاع)، 3- العمليات الجراحية، 4- استعمال المخدرات، 5- فترة التدخين.

شرح الحالة المرضية	العمر	السنة	فترة العلاج
لم أَرْضِع عند الولادة بسبب مرض الوالدة	الولادة	1956	
إلتهاب اللوز وعلاج بالمضاد الحيوي	1	1957	
إلتهاب اللوز وعلاج بالمضاد الحيوي	2		
إلتهاب اللوز وعلاج بالمضاد الحيوي	3		
إلتهاب اللوز وعلاج بالمضاد الحيوي	4	1960	
عملية إزالة اللوز	5		
	6		
أعراض الربو علاج بالبخاخ والكورتيزون	7	1963	
	8		
	9		
	10		
	11		
بداية الدورة الشهرية مع آلام حادة في البطن	12	1968	
	13		
	14	1970	
	15		
	16		
	17		
	18		
زواج	19	1975	
أختفاء أعراض الربو	20	1976	
	21		
رشح وبرد وعلاج بالمضاد الحيوي	22	1978	
ولادة أول طفل ولادة طبيعية	23	1979	
رشح وبرد وعلاج بالمضاد الحيوي	24	1980	
	25		
	26		
ولادة طفلة قيصرية	27	1983	
	28		
إفرازات مهبلية وعلاج بمضاد الفطريات والمضاد الحيوي	29	1985	
	30		
قلق عند النوم	31	1987	
	32		
	33		
رشح وبرد وعلاج بالمضاد الحيوي	34	1990	
	35		
	36		
	37		
	38		
أعراض مرض السكر	39	1995	
	40		
	41		
	42		
علاج للقلق بالدواء الصيدلي	43	1999	
رشح وبرد وعلاج بالمضاد الحيوي	44	2000	
	45	اليوم	