

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



النسخة العربية كتون الثاني 2023

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

زائرنا الكرام لقد أعد هذه الاستمارة 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 بقدْر 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 و خاصة 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 فإنني أطلب علاجي من الأعراض التالية: _____

أفراد عائلتي الذين يعانون من نفس الأعراض 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 ،

زوارنا 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 بسمومه 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 سمومه . 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 استعمال 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 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, بنعم 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 الأوجبة 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"/>	1
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"/>	1
تفخ البطن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
عسر هضم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
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"/>	1
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"/>	1

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 تقديرنا نادراً تكرراً دائماً فقر دم معلومات عامه لا أعراض

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سمنة زائدة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور بالحصى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	رعشة مستمرة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض نوبة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور بالبرودة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور بالسخونة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور بالإرهاق والتعب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ذوب حمامي Lupus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انخفاض وزن مفاجئ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صعوبة خفض الوزن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	رعاف من الأنف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كثرة الوحيدات الخمجية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أمراض سخونة و برد

جهاز التنفس

لا أعراض

تقديراً نادراً تكرر دائماً

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سعال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلام بالصدر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أزيز رئوي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلغم معه دم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سعال مزمن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض الربو
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التهاب القصبات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض الخناق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صعوبة بالتنفس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خرخرة رئوية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض ذات الجنب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض ذات الرئة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التهاب رئوي حاد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور بضيق الصدر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض نفاخ الرئة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تدخين سجائر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تدخين ماريوانا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أصابك كوفيد-19
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أخذت لقاح كوفيد-19

الحلق

لا أعراض

تقديراً نادراً تكرر دائماً

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تضخم اللوز
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلم في الحلق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حكة في الحلق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التهاب في اللوز
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التهاب في الحلق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تقرحات في الحلق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تغيير نبرة الصوت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بلغم في الحلق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلم أثناء البلع

العين

لا أعراض

تقديراً نادراً تكرر دائماً

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تقيح بالعيون
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حكة بالعين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	احمرار بالعين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دموع بالعين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلام فوق الحاجبين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التهاب جفن العين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعف في البصر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تنتفخ تحت العينين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	رَرَق في العين

* الجهاز الهضمي

لا أعراض

تقديراً نادراً تكرر دائماً

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غثيان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	امساك
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اسهال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غازات معوية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خمول بعد الأكل

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تنتفخ البطن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عسر هضم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حموضة معدية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تجشؤ بعد الأكل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تجشؤ أثناء الأكل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تجشؤ بدون الأكل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إرتداد مريئي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدم الشعور بالجوع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مغص معوي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	رائحة في الفم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قرحة بالمعدة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قرحة بالأمعاء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تقيء دم أسود
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تقيء قسري
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلام فوق المعدة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلام في المرارة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلام في الكبد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلم في الأمعاء الدقيقة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلم الكولون العصبي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التهاب الرتج
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التهاب كولون تقرحي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التهاب في الأمعاء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نزيف دم أحمر شرجي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نزيف دم أسود شرجي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حكة شرجية في الليل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ديدان بيضاء في البراز
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ديدان صغيرة في البراز
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سلبية في الأمعاء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فتات طعام في البراز
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بواسير في الشرج
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدم السيطرة على البراز
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اسهال بعد أكل الدهون

الفم

لا أعراض

تقديراً نادراً تكرر دائماً

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نخر في الأسنان
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حشوة أسنان معدنية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تحسس الأسنان للبرد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعف حاسة الذوق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	رائحة من الفم دائمة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نزيف من اللثة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طبقة بيضاء على اللسان

شعر الجلد و الرأس

لا أعراض

تقديراً نادراً تكرر دائماً

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صلع عام
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صلع الثعلبية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تساقط الشعر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعر جاف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعر زيتي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قشرة الشعر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التهابات جلدة الرأس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حكة بجلدة الرأس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قمل بجلدة الرأس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انشطار رأس الشعرة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صدفية بجلدة الرأس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بثرات بجلدة الرأس

الأذن

لا أعراض

تقديراً نادراً تكرر دائماً

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	احمرار الأذنين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلام في الأذن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعف في السمع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طنين في الأذن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حكة في قناة الأذن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سيلان أذن صديدي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تجمع سيلان في الأذن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تقب في طبلة الأذن

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صوت خشة في الأذن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صوت صفير في الأذن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فقدان التوازن

الجلد

لا أعراض

تقديراً نادراً تكرر دائماً

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حكة دائمة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تعرق شديد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ظهور دمامل MRSA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ظهور تآليل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جفاف جلدي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ظهور تقرحات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تكسر الأظافر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ظهور حببات جلدية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ظهور حب الشباب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صعوبة التأم الجروح
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التهاب جذر الأظافر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بياض تحت الأظافر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض إكزيما
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض صدفية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إحمرار على الخدين

الأنف

لا أعراض

تقديراً نادراً تكرر دائماً

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عطاس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سيلان أنفي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انسداد الأنف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التهاب الأنف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حكة في الأنف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعف بحاسة الشم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نزيف دم من الأنف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التهاب الجيوب الأنفية

الجهاز البولي

لا أعراض

تقديراً نادراً تكرر دائماً

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تبول كثير
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بول أسود
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دم في البول
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تقيح في البول
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حرقة في البول
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التهاب في الكلية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حصوة في الكلية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حصوة في المثانة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جريان بول بطئ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انسداد مجرى البول
<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"/>	حكة في شعر العانة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التهاب مجرى البول
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حكة في مجرى البول
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تقطع في جريان البول
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تبول لا إرادي أثناء النوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	رائحة للبول شديدة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تبول كثير بالليل

القلب

لا أعراض

تقديراً نادراً تكرر دائماً

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضيق في التنفس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ذبحة صدرية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دوخة خفيفة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ارتفاع ضغط الدم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انخفاض ضغط الدم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدم انتظام دقات القلب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تسرع نبضات القلب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ارتفاع الكوليسترول
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انسداد بعض الشرايين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تضييق صمام القلب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلم في الصدر مع تعرق

العضلات و العظام و المفاصل □ لا اعراض

تقديرًا نادرًا تكرراً دائماً

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فتاق أنسجة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض النقرس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التهاب المفاصل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التهاب مفاصل رثياني
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تيبس بالمفاصل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تقلص عضلات الساق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عمود فقري جف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عمود فقري أحذب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلم عام بالعضلات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلام بعضلات الرقبة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تصلب بعضلات الرقبة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلام عرق النسي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تورم بالمفاصل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض نخر العظام
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض نفض عضلي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلم بغضروف القص
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلام بين الأضلاع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلم في أعلى الظهر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلم في منتصف الظهر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلم في أسفل الظهر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلم في العصعص
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تآكل الفقرات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ترقق في العظام
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نتوات كلسية مفصليّة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تضييق في قناة الرسغ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تيبس المفاصل صباحاً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فتاق دسك الفقرات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كسر عظمي لم يلتئم

الم 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

تقديرًا نادرًا تكرراً دائماً

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دراق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مرض السكر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مرض سكر أطفال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انخفاض سكر الدم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تضخم الغدة الدرقية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضمور الغدة الدرقية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضغط الغدة الكظرية

النوم □ لا اعراض

تقديرًا نادرًا تكرراً دائماً

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أستيقظ الساعة ..
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أنام الساعة ..
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أرق (عدد الساعات ..)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لا أستطيع العودة للنوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أنام القيلولة .. ساعة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نومي منقطع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نعسان طوال اليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	توقف التنفس أثناء النوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أستعمل دواء للنوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أستعمل جهاز CPAP

الراس □ لا اعراض

تقديرًا نادرًا تكرراً دائماً

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شقيقة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شقيقة نصفية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أستعمل أدوية شقيقة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صداع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صداع نصفي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صداع بمؤخرة الرأس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صداع بجبهة الرأس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صداع عند النهوض
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صداع مع الجوع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صداع بعد حادث سير
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أستعمل أدوية صداع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدد حالات الصداع بالإسبوع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دواء الصداع الذي أستعمله
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدد حالات الشقيقة بالإسبوع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دواء الشقيقة الذي أستعمله

أي أمراض سرطانية □ لا اعراض

تقديرًا نادرًا تكرراً دائماً

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سرطان في
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سرطان غير منتشر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سرطان منتشر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سرطان مرحلة أولى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سرطان مرحلة ثانية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سرطان مرحلة ثالثة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	علاج Mistletoe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	علاج أشعة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	علاج كيميائي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدد العلاجات

جهاز حساسية الوالدين □ لا اعراض

تقديرًا الوالد لا أحد الوالدة

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية لحشرة السوس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية لغبار الطلع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية للقطرات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية للفواكه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية للكأ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية للحليب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية للأدوية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية للحبوب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية للفطريات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية للحيوانات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية للمواد الكيماوية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تدخين أثناء الحمل

الجهاز العصبي و النفسي □ لا اعراض

تقديرًا نادرًا تكرراً دائماً

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	القلق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اغماء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساس جدا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غير متفائل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فقدان الوعي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض التوحد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور بالدوخة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور بالعصبية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور بالوحدة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور بالكآبة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور بالحزن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور بالعزلة

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

أعراض الحساسية □ لا اعراض

تقديرًا نادرًا تكرراً دائماً

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية طوال العام
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية موسمية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية الربيع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية الصيف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية الخريف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية الشتاء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية للغبار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية لحشرة السوس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية لغبار الطلع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية من الحليب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية للأدوية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية للحبوب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية من البيض
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية ملونات الأكل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية للحيوانات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية الكيماوية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية للفواكه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية للكأ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية للفطريات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية للحشرات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساسية للأشجار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اسم المادة المحسنة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اسم المادة المحسنة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اسم المادة المحسنة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اسم المادة المحسنة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اسم المادة المحسنة

الرجال و الجهاز التناسلي □ لا اعراض

تقديرًا نادرًا تكرراً دائماً

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عقم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعف جنسي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مرض الزهري
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعف الإنتصاب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سرعه في القذف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلم في الخصيات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فتاق في الخصيات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سقل في الخصيات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تضخم المؤثة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ورم في الخصيات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حكة في شعر المثانة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حكة بالعضو التناسلي

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

