

# نفخر بخدمة الجالية في الثلاث و الثلاثين سنة الماضية 2024 المركز الكندي للطب البديل



5397 Eglinton Avenue West, Suite 107, Toronto Ontario Canada M9C 5K6

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

للمعلومات | [www.inaturopath.ca](http://www.inaturopath.ca) الموقع [clinic@live.com](mailto:clinic@live.com)

النسخة العربية كانون الثاني 2021

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

زائرنا الكرام لقد أعد هذه الإستشارة رئيس العيادة الدكتور فاتح سراج 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 بقدر عالٍ من الدقة و التركيز. إن إجاباتكم ستساعدنا بالكشف على حالتكم و تشخيصها بصورة دقيقة حتى نستطيع أن نصف الدواء و العلاجات التي تتناسب و حالتكم الصحية والأعراض التي تعانيون منها. إن أفراد الطاقم الطبي في عيادتنا و الدكتور فاتح سراج الدين 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 إملأ جميع الفراغات وخاصة الفراغات التي عليها إشارة (※) و عدم إتمام القسمية كاملة قبل الزيارة قد يلغى موعد الزيارة. و يجب توقيع القسمية وكتابة التاريخ الحالي قبل إرسالها.

## معلومات شخصية ضرورية جداً

الإسم (بالحرف العربي ثم اللاتيني): \_\_\_\_\_ اسم 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 الأعراض  والدي،  والدي،  زوجي،  أحد إخوتي الشباب،  إحدى أخواتي البنات،  أحد أولادي،  إحدى بناتي  
عدد أولادي الذكور \_\_\_\_\_ ، أولادي البنات \_\_\_\_\_ ، إخوتي الذين يكبروني \_\_\_\_\_ ، 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  ،

## مهم جداً لزوارنا 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 جزء من هذا العلاج إطلاقاً لكن شركات التأمين في مكان عملك أو عمل زوجك قد تغطي علاجاتنا التي نجريها داخل العيادة أما الأدوية التي تصفها للناس فإن بعض الشركات قد لا تغطي الأدوية الطبيعية و بطبيعية الحال فأننا لا نعرف الكثير عن هذه الشركات و عليك أن تتواصل معهم لتتعرف عما يغطونه أو ما لا يغطونه. أما المقيمين في الوطن العربي فنفس الأمر قد ينطبق عليهم في جميع الأحوال فأننا نعطيكم وصلاً بقيمة الدفع، و عليك أن تتصل بشركة التأمين مباشرة للتعويض إذ أننا لا نتعامل مع مباشرةً.

إختيار ✓	أسم الفحص	سعر العلاج	شرح
قيمة الفحص الأول الكامل (حوالي ساعتين) هي	\$229 لا ضريبة عليها	يضاف إليها ثمن الأدوية اللازمة للعلاج و ضرائبها.	
قيمة كل فحص فيما بعد (حوالي نصف ساعة) هي	\$099 لا ضريبة عليها	يضاف إليها ثمن الأدوية اللازمة للعلاج و ضرائبها.	
كل موعد تعطيه للناس لأول فحص كامل يجب أن يرفقه رسم حجز وقت ساعتين	\$050	ذلك حتى يتذكر الناس الموعد ولا يضع منا ساعتين بالإنتظار و المريض قد نسي	
عدم الحضور إلى موعد مسبق و عدم الإتصال لإلغاء الموعد قبل 48 عليه غرامة وقتنا الضائع	\$050	ذلك حتى يتذكر الناس الموعد ولا يضع منا ساعتين بالإنتظار و المريض قد نسي	
قيمة علاج تقويم الفقرات أو علاج IFC للعضلات و المفاصل	\$50	علاجات نقوم بها لترميم الجسم إذا احتاج أمر العلاج ذلك	
قيمة علاج IFC	\$40.50	علاج من المانيا 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 إعتراض عليها و سأتم جميع هذه الأسئلة في هذه الصفحات
- أنا موافق على الكشف الطبي كما يراه الدكتور فاتح سراج الدين لحالتي المرضية
- أنا أعلم أن الدكتور فاتح هو طبيب بالطب البديل و خريج جامعة الطب البديل في تورونتو و أونتاريو في كندا
- و أعلم أن علاجه هو علاج طبيعي يتقيد بقوانين الطب البديل كما هو متعارف عليه في مقاطعة أو تاراريو في كندا.
- أنا أعلم أن الدكتور فاتح ليس طبيب بالطب العادي الكلاسيكي المتعارف عليه و أن علاجه لا يتداخل مع طبيعة العلاج الطبي الكلاسيكي
- أنا أعلم أيضاً أن ما من شيء يقيدني من طلب العلاج من أي طبيب في أي إختصاص آخر خلال علاجي مع الدكتور فاتح
- إن تطبيقي لعلاج الدكتور فاتح هو بمحض إختياري و صرف

لقد قرأت وفهمت النقاط كلها في هذه الإستشارة الطبية وسأساعد أيضاً الرسوم المترتبة علي فيما يتعلق بثمان العلاجات والمغذيات والأدوية عند كل زيارة. وسوف أجب على جميع الأسئلة المتعلقة بصحتي والأعراض التي أشكو منها حالياً و التي أصابتنى وكنت قد عانيت منها في السابق بصورة دقيقة و مركزة إلى أقصى ما تستطيع عليه ذاكرتي.

### 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. سنقسم 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 تشكو منها و مع نتيجة الفحص الطبي الذي يجريه الدكتور فاتح.

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

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

**النقطة الثانية** 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 بسموه إلى خارج الجسم فلا تتوقف عن العلاج لأن هذا متوقع.

**النقطة الثالثة** 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 و عليه 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 المرض الذي سبب المرض ذلك حتى يزول المرض كلياً من الجسم.

**النقطة الرابعة** 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 إستعمال 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 سموه . 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 الخامسة** 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 بلقاءات بالصدفة أو لقائات في الحفلات أو على التلفون.

**النقطة السادسة** 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 أستعمالها الدكتور فاتح قد يؤدي إلى تراجع الصحة إلى ما كانت عليه قبل بداية العلاج.

**النقطة السابعة** 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 وتحليل الدم إلى العيادة بالفاكس أو الإيميل فالرجاء الرجاء أن لا تصور الأوراق بالجوال بل إستعمل Scanner السكرانر 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 الثامنة** 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.

**النقطة التاسعة** 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
امساك	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
اسهال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
غازات معوية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
خمول بعد الأكل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
تفخ البطن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
عسر هضم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
حموضة معدية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
تجشؤ بعد الأكل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
تجشؤ أثناء الأكل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
تجشؤ بدون الأكل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9

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.

\* التاريخ: . الوقت: . \* توقيع المريض:

\* التاريخ: . الوقت: . \* توقيع الشاهد:

**معلومات عامه**

## ❑ لا أعراض

تقديراً نادراً تكرراً دائماً

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

**جهاز التنفس**

## ❑ لا أعراض

تقديراً نادراً تكرراً دائماً

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

**الحلق**

## ❑ لا أعراض

تقديراً نادراً تكرراً دائماً

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

**العين**

## ❑ لا أعراض

تقديراً نادراً تكرراً دائماً

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

**\* الجهاز الهضمي**

## ❑ لا أعراض

تقديراً نادراً تكرراً دائماً

<input type="checkbox"/>	غثيان
<input type="checkbox"/>	امساك
<input type="checkbox"/>	اسهال
<input type="checkbox"/>	غازات معوية
<input type="checkbox"/>	خمول بعد الأكل
<input type="checkbox"/>	تنفخ البطن
<input type="checkbox"/>	عسر هضم
<input type="checkbox"/>	حموضة معدية
<input type="checkbox"/>	تحشؤ بعد الأكل
<input type="checkbox"/>	تحشؤ أثناء الأكل
<input type="checkbox"/>	تحشؤ بدون الأكل
<input type="checkbox"/>	إرتداد مريئي
<input type="checkbox"/>	عدم الشعور بالجوع
<input type="checkbox"/>	مغص معوي
<input type="checkbox"/>	رائحة في الفم
<input type="checkbox"/>	قرحة بالمعدة
<input type="checkbox"/>	قرحة بالأمعاء
<input type="checkbox"/>	تقي دم أسود
<input type="checkbox"/>	تقي قسري
<input type="checkbox"/>	آلام فوق المعدة
<input type="checkbox"/>	آلام في المرارة
<input type="checkbox"/>	آلام في الكبد
<input type="checkbox"/>	ألم في الأمعاء الدقيقة
<input type="checkbox"/>	ألم الكولون العصبي
<input type="checkbox"/>	التهاب الرتج
<input type="checkbox"/>	التهاب كولون تقرحي
<input type="checkbox"/>	التهاب في الأمعاء
<input type="checkbox"/>	نزيف دم أحمر شرطي
<input type="checkbox"/>	نزيف دم أسود شرطي
<input type="checkbox"/>	حكة شرجية في الليل
<input type="checkbox"/>	ديدان بيضاء في البراز
<input type="checkbox"/>	ديدان صغيرة في البراز
<input type="checkbox"/>	سلييلة في الأمعاء
<input type="checkbox"/>	فتات طعام في البراز
<input type="checkbox"/>	بواسير في الشرج
<input type="checkbox"/>	عدم السيطرة على البراز
<input type="checkbox"/>	اسهال بعد أكل الدهون

**الفم**

## ❑ لا أعراض

تقديراً نادراً تكرراً دائماً

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

**شعر الجلد و الرأس**

## ❑ لا أعراض

تقديراً نادراً تكرراً دائماً

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

**الأذن**

## ❑ لا أعراض

تقديراً نادراً تكرراً دائماً

<input type="checkbox"/>	احمرار الأذنين
<input type="checkbox"/>	آلام في الأذن
<input type="checkbox"/>	ضعف في السمع
<input type="checkbox"/>	طنين في الأذن
<input type="checkbox"/>	حكة في قناة الأذن
<input type="checkbox"/>	سيلان أذن صديدي
<input type="checkbox"/>	تجمع سيلان في الأذن
<input type="checkbox"/>	تقّب في طبلة الأذن
<input type="checkbox"/>	صوت خشة في الأذن
<input type="checkbox"/>	صوت صغير في الأذن
<input type="checkbox"/>	فقدان التوازن

**الجلد**

## ❑ لا أعراض

تقديراً نادراً تكرراً دائماً

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

**الأنف**

## ❑ لا أعراض

تقديراً نادراً تكرراً دائماً

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

**الجهاز البولي**

## ❑ لا أعراض

تقديراً نادراً تكرراً دائماً

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

## القلب

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

## العضلات و العظام و المفاصل

تقديراً نادراً	تقديراً متكرراً	دائماً	لا أعراض
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فتاق أنسجة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض الفرس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التهاب المفاصل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التهاب مفاصل رثياني
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تيبس بالمفاصل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تقلص عضلات الساق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عمود فقري جنف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عمود فقري أحذب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلم عام بالعضلات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الآلم بالعضلات الرقية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تصلب بالعضلات الرقية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الآلم عرق النسي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تورم بالمفاصل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض نخر العظام
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض نقص عضلي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلم بغضروف القص
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الآلم بين الأضلاع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلم في أعلى الظهر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلم في منتصف الظهر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلم في أسفل الظهر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلم في العنق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تآكل الفقرات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ترقق في العظام
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نزوات كلسية مفصلية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تضييق في قناة الرسغ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تيبس المفاصل صباحاً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فتاق دسك الفقرات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كسر عظمي لم يلتئم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>آلم أو تنمل في .....</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعلى الكتفين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بين الكتفين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	البيدين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الكوعين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الساعدين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الرسغين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الكفين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أصابع اليدين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الخصرين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الساقين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الركبتين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الرجلين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الكاحلين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	القدمين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الكعبين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أصابع الأقدام
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	وكسة اصابع القدم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أسفل القدم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قوس القدمين

## الغدد الصماء

تقديراً نادراً	تقديراً متكرراً	دائماً	لا أعراض
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دراق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مرض السكر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مرض سكر أطفال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انخفاض سكر الدم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تضخم الغدة الدرقية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضمور الغدة الدرقية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضغط الغدة الكظرية

## النوم

تقديراً نادراً	تقديراً متكرراً	دائماً	لا أعراض
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أستيقظ الساعة ..
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أنام الساعة ..
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أرق (عدد الساعات ..)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لا أستطيع العودة للنوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أنام القيلولة .. ساعة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نومي منقطع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نعسان طوال اليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	توقف التنفس أثناء النوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أستعمل دواء للنوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أستعمل جهاز CPAP

## الراس

تقديراً نادراً	تقديراً متكرراً	دائماً	لا أعراض
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ثقيقة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ثقيقة نصفية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أستعمل أدوية ثقيقة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صداع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صداع نصفي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صداع بموخرة الرأس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صداع بجبهة الرأس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صداع عند النهوض
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صداع مع الجوع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صداع بعد حادث سير
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أستعمل أدوية صداع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدد حالات الصداع بالإسبوع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دواء الصداع الذي أستعمله
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدد حالات الثقيقة بالإسبوع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دواء الثقيقة الذي أستعمله

## أي أمراض سرطانية

تقديراً نادراً	تقديراً متكرراً	دائماً	لا أعراض
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سرطان في ..
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سرطان غير منتشر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سرطان منتشر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سرطان مرحلة أولى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سرطان مرحلة ثانية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سرطان مرحلة ثالثة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل إستعملت علاج Mistletoe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل عملت علاج أشعة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل عملت علاج كيماوي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدد العلاجات المستعملة ( .. )

## جهاز حساسية الوالدين

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

## الجهاز العصبي و النفسي

تقديراً نادراً	تقديراً متكرراً	دائماً	لا أعراض
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	القلق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اغماء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حساس جدا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غير متفائل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فقدان الوعي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض التوحد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور بالدوخة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور بالعصبية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور بالوحدة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور بالكآبة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور بالحزن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور بالعزلة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور بالخمول
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عارض توريت Tourette
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض خوف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض صرع خفيف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض صرع شديد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أنتصايق من الانتقاد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أفتقد زمام المبادرة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أفتقد زمام الراحة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انفصام الشخصية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تفكير بالانتحار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور بالخطأ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شعور بالخجل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ميل للبكاء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضغط مالي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضغط نفسي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضغط عائلي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضغط اجتماعي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضغط من العمل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدم ثقة بالنفس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	رؤية أحلام مزعجة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عدم ميل للجنس الآخر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الطقس يؤثر على نفسياتي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تبول لا إرادي بالليل

## أعراض الحساسية

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



قسمة التاريخ الطبي والتاريخ العلاجي

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 ومنتابح بالنسبة للعمر من جميع النواحي المرضية والدوائية والنفسية والطبية. إن الدكتور فاتح 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 و عملية المرارة الخ. **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 وأسماء جميع الأدوية 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 إضافة 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 يقتضي القانون أن لا تقدم لك خدمات الآن و عليك أن تغادر العيادة إلى المستشفى لتجري فحص كوفيد

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

<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• ألم بالعضلات	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• حرارة .....
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• تعب و إرهاق	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• صداع .....
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• دوخان أو إقياء أو ألم في البطن	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• إسهال .....
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• سيلان من الأنف أو التهاب في الأنف	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• أي أعراض سعال .....
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• هل سافرت خارج كندا في الأسبوعين الماضيين	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• زيادة في سعال سابق .....
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• هل كانت نتيجتك لفحص COVID-19 إيجابية	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• ضيق في التنفس
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• هل كنت في مكان مع واحد مع مريض COVID-19	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• صعوبة في التنفس
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• هل تستعمل الكمامة في جميع الأوقات	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• التهاب في الحلق
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• نطلب أن تستعمل الكمامة خلال وجدك في العيادة	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• صعوبة في البلع
			<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• فقدان حاسة الشم
			<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• فقدان حالة التنفوق
			<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• حالة برودة وسخونه
			<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• إجمار في العين

توقيع المريض أو المسؤول عنه

### مثال

قسمة التاريخ الطبي والتاريخ العلاجي

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 ومتابع 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 و عملية المرارة الخ. **أنظر 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 تصيف صفحات أخرى إذا احتاج الأمر.

من بعض الأمور التي يجب التركيز عليها هي:

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

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