

# المركز الكندي للطب البديل

العنوان 5468 Dundas Street West, Suite 101

Toronto Ontario Canada M9B 6E3

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

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



النسخة 2019

إستمارة طبية ذات سرية عالية بعد توقيعها و استلامها.

زائرنا الكرام لقد أعد هذه الاستمارة رئيس العيادة الدكتور فاتح سراج الدين خصيصاً للمتكلمين بلغة الضاد في شمال أمريكا كي تساعدكم في شرح الحالة أو الحالات المرضية التي دعتم 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 تعاني منها. إن أفراد الطاقم الطبي في عيادتنا والدكتور 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 بقلم حبر ويجب توقيع القسيمة وكتابة التاريخ الحالي قبل الحضور إلى العيادة من فضلك.**

## معلومات شخصية ضرورية جداً

\* الاسم الأول: \_\_\_\_\_ ، اسم الوالد: \_\_\_\_\_ ، \* الكنية: \_\_\_\_\_ ،  
\* تاريخ الميلاد: اليوم \_\_\_\_\_ الشهر \_\_\_\_\_ السنة \_\_\_\_\_ ، \* ذكر أم  أنثى  ، \* الطول: \_\_\_\_\_ ، \* الوزن: \_\_\_\_\_ ، \* الوزن: \_\_\_\_\_ ،  
\* نوع العمل: \_\_\_\_\_ ، اسم شركة العمل: \_\_\_\_\_ ،  
\* هاتف العمل: \_\_\_\_\_ ، \* هاتف المنزل: \_\_\_\_\_ ، \* الجوال: \_\_\_\_\_ ،  
\* الفاكس: \_\_\_\_\_ ، \* البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ ،  
\* العنوان: \_\_\_\_\_ ، \* رقم البيت \_\_\_\_\_ ، \* المدينة \_\_\_\_\_ ، \* الدولة \_\_\_\_\_ ،  
\* تاريخ بدء الحالة المرضية: \_\_\_\_\_ ، اسم الطبيب الذي أشرف على العلاج: \_\_\_\_\_ ،  
هل انتهت العلاجات:  نعم انتهت أم  لا لم تنتهي ، هل أعطى العلاج أي نتيجة.. إشرح من فضلك..؟ \_\_\_\_\_ ،  
\* لقد عالجتني الأطباء في الماضي للأعراض التالية: \_\_\_\_\_ ،  
\* أما حالياً فأني أعاني من الأمراض التالية و أرغب في علاجها: \_\_\_\_\_

أفراد عائلتي الذين يعانون من نفس الأمراض:  الوالد؛  الوالدة؛  أحد أخواني؛  إحدى أخواتي؛  أحد أولادي؛  إحدى بناتي؛  زوجي.  
إنني حالياً:  أعزب/ عزباء؛  متزوج/ متزوجة؛  مطلق/ مطلقة؛  أرمل / أرملة؛  
عدد أولادي: \_\_\_\_\_ ، ( ذكور \_\_\_\_\_ ، إناث \_\_\_\_\_ ) عدد إخوتي الذين يكبرونني \_\_\_\_\_ ، عدد أخواتي اللاتي يكبرنني \_\_\_\_\_ ، عدد إخوتي الذين يصغرونني \_\_\_\_\_ ، عدد أخواتي اللاتي يصغرنني \_\_\_\_\_

## معلومات عن زوجي

(إن كان المريض طفلاً فمعلومات الوالدين)

الاسم: \_\_\_\_\_ ، اسم الوالد: \_\_\_\_\_ ، الكنية: \_\_\_\_\_ ،  
تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ ، العمل: \_\_\_\_\_ ، هاتف العمل: \_\_\_\_\_ ،

## بمن نستطيع أن نتصل في حالة الضرورة ؟

\* الاسم: \_\_\_\_\_ ، الوالد: \_\_\_\_\_ ، الكنية: \_\_\_\_\_ ،  
\* هاتف المنزل: \_\_\_\_\_ ، هاتف العمل: \_\_\_\_\_ ، \* صلة القرابة أو المعرفة: \_\_\_\_\_ ، \* الجوال: \_\_\_\_\_ ،

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

\* الاسم: \_\_\_\_\_ ، اسم الوالد: \_\_\_\_\_ ، الكنية: \_\_\_\_\_ ،  
العنوان: \_\_\_\_\_ ، الهاتف: \_\_\_\_\_ ،

## زوارنا الكرام

إن وقت الفحص والتشخيص قد يزيد عن الساعة. بعد ذلك سيقوم الطبيب بشرح و ترتيب نظام التغذية الذي يتناسب مع زمر دمك و مع الأعراض التي تشتكي منها ومع نتيجة الفحص الطبي الذي أجراه الطبيب. إن هذا قد يطول حوالي الساعة أيضاً.  
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 الرابعة 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 الرابعة في الأسئلة المخصصة للنساء و تضعي توقيعك تحت الجواب حتى يرتب لتواجد إحدى الممرضات أثناء الفحص:❖

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 المملكة العربية السعودية يجب أن نلفت انتباهكم أن بعض شركات التأمين قد لا تغطي هذا الفحص أو العلاجات و لكن قد تغطي هذا الفحص و العلاجات شركة التأمين في مكان عملك أو عمل زوجك ففي هذه الحالة فإننا سنعطيك وصلاً بقيمة الدفع. و عليك أن تتصل بشركة التأمين مباشرة للتعويض إذ أننا لا نتعامل مع شركات التأمين مباشرة.

إختيار ✓	أسم الفحص	سعر العلاج	شرح
	قيمة الفحص الأول الكامل (تقريباً ساعتين) هي	\$200	يضاف إليها ثمن الأدوية اللازمة للعلاج وضرانيتها.
	قيمة كل فحص فيما بعد (لفترة نصف ساعة للبالغين) هي	\$85	يضاف إليها ثمن الأدوية اللازمة للعلاج وضرانيتها.
	قيمة الفحص الأول للأطفال دون 16 سنة (تقريباً ساعتين) هي	\$175	يضاف إليها ثمن الأدوية اللازمة للعلاج وضرانيتها.
	قيمة كل فحص فيما بعد (لفترة نصف ساعة للأطفال) هي	\$65	يضاف إليها ثمن الأدوية اللازمة للعلاج وضرانيتها.

**إن القانون الكندي** يتطلب من كل مريض أن يوقع في أسفل هذه الصفحة 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 سراج الدين لحالتي المرضية
- أنا أعلم أن الدكتور فاتح هو طبيب بالطب البديل و خريج جامعة الطب البديل في تورونتو أو نثارو في كندا
- و أعلم أن علاجه هو علاج طبيعي يتقيد بقوانين الطب البديل كما هو متعارف عليه في مقاطعة أو نثارو 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 شئ يقيدني من طلب العلاج من أي طبيب في أي اختصاص آخر خلال علاجي مع الدكتور فاتح
- إن تطبيقي لعلاج الدكتور فاتح هو باختيار الصفر
- لقد قرأت و فهمت النقاط كلها و سأسأد أيضاً الرسوم المترتبة علي فيما يتعلق بثمن العلاجات و المغذيات و الأدوية عند كل زيارة. و سوف أجب على جميع الأسئلة المتعلقة بصحتي و الأعراض التي أشكو منها حالياً و التي أصابني و كنت قد عانيت منها في السابق بصورة دقيقة و مركزة إلى أقصى ما تستطيع عليه ذاكرتي.

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

\* التاريخ: . الوقت: . \* توقيع شاهد:

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 و شدة 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

و الطريقة 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

دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً	العلامة	الوصف
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	④	غثيان	الغثيان هنا عارض نادر (مرة بالشهرين مثلاً) لكنه نوعاً ما شديد عندما يحدث
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑨	امساك	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		اسهال	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑨	غازات معوية	الغازات المعوية هنا عارض متكرر (عدد من المرات بالشهر مثلاً) لكنه نوعاً ما شديد عندما يحدث
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		خمول بعد الأكل	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		تفخ البطن	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		عسر هضم	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑦	حموضة معدية	الحموضة المعدية هنا عارض متكرر (مرة باليوم مثلاً) لكنه نوعاً ما شديد عندما يحدث
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		تجشؤ بعد الأكل	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	③	تجشؤ أثناء الأكل	التجشؤ أثناء الأكل هنا عارض نادر (مرة بالشهرين مثلاً) لكنه خفيف جداً عندما يحدث
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		تجشؤ بدون الأكل	

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 العرض إن كان دائماً أو متكرراً أو نادراً وعدم الإجابة إذا لم يكن لك أي أعراض من العرض المذكور. ثم ضع رقماً من 1-10 بحيث يدل على شدة العرض إذ أن الرقم (1) هو عرض خفيف جداً و (10) عرض شديد جداً وشكراً.

### الأذن

الأعراض	دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً
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"/>
ثقوب 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### الجلد

الأعراض	دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً
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	<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 التام 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"/>
تعرق الأبطين شديد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### الأنف

الأعراض	دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً
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 رعاف من الأنف	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التهاب الجيوب الأنفية	<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"/>

### شعر الرأس

الأعراض	دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً
صلع	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
إكزيما بجلدة الرأس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### الجهاز الهضمي

الأعراض	دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً
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"/>
تفخ 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"/>
شعور دائم بالجوع	<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"/>
تقيؤ دم أسود	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تقيؤ 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"/>
ألم في الأمعاء الدقيقة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ألم 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 شرطي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
نزيف دم أسود شرطي	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### الجهاز البولي

الأعراض	دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً
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"/>
حصى في الكلية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حصى 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
لا يوجد بول مطلقاً	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### معلومات عامه

الأعراض	دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً
فقر دم	<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"/>
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"/>
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"/>
أمراض سخونة و برد	<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"/>

### جهاز التنفس

الأعراض	دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً
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"/>
مرض 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"/>
تدخين باليوم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ماريوانا باليوم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### الحلق

الأعراض	دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً
تضخم اللوز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ألم 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 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"/>
ألم أثناء البلع	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### الفم

الأعراض	دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً
طبقة بيضاء على اللسان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
قرحات على جدار الفم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
قرحات على اللسان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
نخر أسنان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حشوة أسنان رصاصية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
رائحة فم شديدة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### العين

الأعراض	دائماً	تكرراً	نادراً	رقماً
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"/>
تفخ تحت العينين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
زرق في العين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## يجب تكملة هذه القسيمة عن التاريخ الطبي منذ الولادة لهذا اليوم

إن هذه القسيمة مهمة جداً ومصممة لتلقي ضوءاً على حياتك من الولادة إلى اليوم بترتيب سنوي ومنتابع 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 إلخ. **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 تضيف صفحات أخرى إذا احتاج الأمر.

من بعض الأمور التي يجب التركيز عليها هي:

**1- فترة الرضاعة، 2- تاريخ واسماء جميع اللادوية التي استعملتها طوال حياتك، 3- فترة التدخين، 4- استعمال المخدرات، 5- العمليات الجراحية.**

فترة العلاج	السنة	العمر	شرح الحالة المرضية بدقة من فضلك
		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	

يمكن إضافة صفحة ثانية إذا احتاج الأمر

## قسمة التاريخ الطبي والتاريخ العلاجي

إن هذه القسمة مصممة لتلقي ضوءاً على حياتك من الولادة إلى اليوم بترتيب سنوي ومتتابع بالنسبة للعمر من جميع النواحي المرضية والدوائية والنفسية والطبية. إن الدكتور فاتح سراج الدين يرى أن علاج أي مرض يجب أن يدرس 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 إلخ. **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 تضيف صفحات أخرى إذا احتاج الأمر. من بعض الأمور التي يجب التركيز عليها هي:

**1- هل رضعت عند الولادة (فترة الرضاعة)، 2- كم كان عمرك عندما فطمتك والدتك، 3- هل تدخن وماهي فترة التدخين، 4- هل إستعملت المخدرات.**

فترة العلاج	السنة	العمر	شرح الحالة المرضية
	1956	الولادة	لم أَرْضَع عند الولادة بسبب مرض الوالدة
	1957	1	التهاب اللوز وعلاج بالمضاد الحيوي
		2	التهاب اللوز وعلاج بالمضاد الحيوي
		3	التهاب اللوز وعلاج بالمضاد الحيوي
	1960	4	التهاب 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	اختفاء 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	
		26	
	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	
		46	
		47	
		48	
		49	
		50	
	2007	51	رشح وبرد وعلاج بالمضاد الحيوي
	اليوم	52	
		53	
		54	
		55	
		56	
		57	