

نفخر بخدمة الجالية في 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 2021

إستمارة إستبيان طبية للبالغين 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 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 والأعراض 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 شكرأً. يجب إملاء جميع الفراغات وخاصة الفراغات التي عليها إشارة (*). و يجب توقيع القسيمة وكتابة التاريخ الحالي قبل إرسالها.

معلومات شخصية ضرورية جداً

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

أفراد عائلتي الذين يعانون من نفس 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: _____

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

الإسم: _____ الكنية: _____ صلة القرابة: _____
هاتف المنزل: _____ هاتف العمل: _____ الجوال: _____

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

زارنا الكرام

الرجاء أن تحضر معك في يوم الفحص جميع نتائج الفحوصات الطبية و فحص الدم و نتيجة صور الأشعة و تاريخ العمليات التي أجريت لك و كل ما قد يتعلق بصحتك. بالنسبة للمقيمين في أونتاريو فإن مؤسسة OHIP لا تغطي هذا العلاج إطلاقاً لكن شركات التأمين في مكان عملك أو عمل زوجك قاطبة تغطي علاجاتنا التي نجرها داخل العيادة أما الأدوية التي نصفها للناس فإن بعض الشركات قد لا تغطي الأدوية الطبيعية وبيطبية الحال فأنا لا نعرف الكثير عن هذه الشركات و عليك أن تتواصل معهم لتتعرف عما يغطونه و ما 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	\$225 لا ضريبة عليها	يضاف إليها ثمن الأدوية اللازمة للعلاج وضرائها.
	قيمة كل فحص فيما بعد (حوالي نصف ساعة) هي	\$95 لا ضريبة عليها	يضاف إليها ثمن الأدوية اللازمة للعلاج وضرائها.
	كل موعد تعطيه للناس لأول فحص كامل يجب أن يرفقه رسم حجز وقت ساعتين	\$050	ذلك حتى يتذكر الناس الموعد ولا يضع منا ساعتين بالانتظار والمرضى 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 ساعات بالانتظار والمرضى قد نسي
	قيمة علاج تقويم الفقرات أو علاج IFC للعضلات و المفاصل و علاج تدليك عضلة	\$035	علاجات نقوم بها لترميم الجسم إذا احتاج أمر العلاج ذلك
	قيمة علاج المغذيات الوريدية يقرره عدد الفيتامينات و المعادن الخفيفة و الإنزيمات و الأحماض الأمينية التي نضعها في المغذي و التي تعتمد على المرض وشدته وفترة وقوعه	الصغير (100 مل) \$125 الكبير (250 مل) \$250	علاجات وريدية نقوم بها لعلاج الأمراض المستعصية هذا العلاج تضاف إليه الضرائب

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 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 ننتاريو في كندا.
- أنا أعلم أن الدكتور فاتح ليس طبيباً بالطب العادي الكلاسيكي المتعارف عليه و أن علاجه لا يتداخل مع طبيعة العلاج الطبي الكلاسيكي
- أنا أعلم أيضاً أن ما من شيء يقينني من طلب العلاج من أي طبيب في أي إختصاص آخر خلال علاجي مع الدكتور فاتح
- إن تطبيقي لعلاج الدكتور فاتح هو بمحض إختياري الصرف

لقد قرأت وفهمت النقاط كلها وسأعدد أيضاً الرسوم المترتبة علي فيما يتعلق بثمان العلاجات والمغذيات والأدوية عند كل زيارة. وسوف أجييب على جميع الأسئلة المتعلقة بصحتي والأعراض التي أشكو منها حالياً و التي أصابنتي وكنت 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. ستقسم الساعتين إلى ساعة تقريباً للفحص و التشخيص وساعة تقريباً للشرح و ترتيب نظام التغذية والأدوية والعلاجات مما يتناسب مع حالتك الطبية و مع الأعراض التي تشكي منها ومع 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 الإستبيان الطبي و يقيم الأعراض التي تشكي منها ثم يقوم بالفحوصات السريرية الطبية التي تتناسب مع العارض الي تشكي منهم 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 العلاج والدواء

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 بسمومه إلى خارج الجسم فلا تتوقف عن العلاج لأن هذا متوقع.

النقطة الثالثة

في الزيارة الثانية (حوالي ثلاثين دقيقة) سيفحصك الدكتور فاتح ليرى 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 سينتشر على فترات متباعدة وفي كل موعد تتخفف عدد مرات أخذ الدواء إلى أن يتم الشفاء. خفض عدد مرات الدواء لا تتم على التلفون أو بالإنترنت لأنها تحتاج لكشف لأن الطب البديل لا يعالج عارض المرض بل يعالج سبب العارض 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 تستع طعم الدواء فتذكر أن الناس لا يأخذون الدواء 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 الخامسة

أن دخول المرض إلى الجسم قد يأخذ وقتاً وكذلك إخراج المرض يأخذ وقتاً أيضاً. فالعلاج البديل ليس معلقة سحرية تزيل المرض بين عشية وضحاها العلاج يجري داخل العيادة فقط وفي أوقات الدوام في العيادة حسب مواعيد محددة وليس بلقائات بالصدفة أو لقات في الحفلات أو على التلفون. لا يمكن تغيير الدواء بالمكالمات الهاتفية أو أثناء لقاء عابر في العيادة أو خارج العيادة

النقطة السابعة

عدم تتابع العلاج أو عدم متابعة إستعمال الدواء أو الإنقطاع عن إستعمال التغذية أو العودة إلى المأكولات التي أوقف إستعمالها الدكتور فاتح قد يؤدي إلى تراجع الصحة إلى ما كانت عليه قبل بداية العلاج.

النقطة الثامنة

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 بالحوال بل إستعمل السكاكر ثم أرسلهم إلى الإيميل clinic@live.com أو إستعمل الفاكس 416-207-0272 وعدم إرسال الأوراق عن طريق What's App

النقطة التاسعة

عدم تتابع العلاج أو عدم متابعة إستعمال الدواء أو الإنقطاع عن إستعمال التغذية أو العودة إلى المأكولات التي أوقف إستعمالها الدكتور فاتح قد يؤدي إلى تراجع الصحة إلى ما كانت عليه قبل بداية العلاج.

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 بالحوال بل إستعمل السكاكر ثم أرسلهم إلى الإيميل clinic@live.com أو إستعمل الفاكس 416-207-0272 وعدم إرسال الأوراق عن طريق What's App

النقطة الحادية عشر

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 بالحوال بل إستعمل السكاكر ثم أرسلهم إلى الإيميل clinic@live.com أو إستعمل الفاكس 416-207-0272 وعدم إرسال الأوراق عن طريق What's App

النقطة الثانية عشر

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 بالحوال بل إستعمل السكاكر ثم أرسلهم إلى الإيميل clinic@live.com أو إستعمل الفاكس 416-207-0272 وعدم إرسال الأوراق عن طريق What's App

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 الأثناء 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 **تكراراً** أو **نادراً** : يعني أن العارض المذكور يستمر لفترة طويلة من اليوم أو الليل أو كلاهما معاً **تكراراً**: 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	تكراراً	نادراً	رقماً
غثيان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
امساك	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
اسهال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
غازات معوية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
خمول بعد الأكل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
تفخ البطن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
عسر هضم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
حموضة معدية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
تجشؤ بعد الأكل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
تجشؤ أثناء الأكل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
تجشؤ بدون الأكل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4

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

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

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

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

الرجاء قراءة الأعراض التالية التي قد تعاني منها الآن أو التي قد كنت تعاني منها في الماضي , الرجاء وضع إشارة في المربع الذي يتوافق مع استمرار هذا العارض إن كان دائماً أو متكرراً أو نادراً وعدم 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.

معلومات عامه ٧ أعراض

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

جهاز التنفس ٧ أعراض

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

الحلق ٧ أعراض

تقديراً نادراً	تقديراً متكرراً	دائماً	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تضخم اللوز
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلم في الحلق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حكة في الحلق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التهاب في اللوز
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التهاب في الحلق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تقرحات في الحلق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تغيير نبرة الصوت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يلغم في الحلق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلم أثناء البلع

العين ٧ أعراض

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

الجهاز الهضمي ٧ أعراض

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

الفم ٧ أعراض

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

شعر الجلد و الرأس ٧ أعراض

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

الأذن ٧ أعراض

تقديراً نادراً	تقديراً متكرراً	دائماً	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	احمرار الأذنين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آلم في الأذن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعف في السمع
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طنين في الأذن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حكة في قناة الأذن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سيلان أذن صديدي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تجمع سيلان في الأذن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ثقب في طبلة الأذن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صوت خشة في الأذن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صوت صفير في الأذن
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فقدان التوازن

الجلد ٧ أعراض

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

الأنف ٧ أعراض

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

الجهاز البولي ٧ أعراض

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

العمليات الجراحية □ لا اعراض

العملية التاريخ

القلب
الفتاق
المرارة
اللوز
الزائدة
بواسير
القرحة
الأمعاء
زوائد أنفية
الجيوب الأنفية
كتل سرطانية
الرحم
المبيض
كتلة على الثدي
قيصرية
قسطرة
تخطيط قلب

الأدوية المستعملة حالياً سابقاً حساسة

بخاخ للربو
كورتيزون
مضاد حيوي
حبوب الضغط
حبوب للصداع
حبوب أسبرين
حبوب تايلينول
حبوب منع الحمل
علاج مرض السكر
حبوب مضاد حيوي
علاج للكوليسترول
إبر لعلاج الحساسية
إبر إنسولين لعلاج السكر
حبوب تقوية الغدة الدرقية
موسع شرايين نيتروجليسيرين

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

التحاليل العامة

CBC
Liver Enzymes
Cholesterol Panel
Creatinine
Homosystiene
G6PD
Vit D
تحاليل أمراض القلب والكوليسترول
Cardiac Profile
Homocysteine
Fibrinogen
Sen-CRP
ESR

تحاليل الأمراض السرطانية

CEA
Alphafetoprotein
Ca 19-9
Ca 15-3 تحاليل أمراض الرجال
PSA

تحاليل أمراض السكر

Fasting Glucose
HbA1C
Bilirubin

للنساء و الجهاز التناسلي

تقديراً ناهراً تذكراً دائماً

تضخم الأثداء
أعراض تعرق
أعراض آلام الدورة
دورة طويلة
دورة قصيرة
إفرازات مهبلية بيضاء
حكة في الفرج
نزيف بعد الجماع
دورة غير منتظمة
دورة كل أسبوعين
وجود كتلة في الأثداء
سيلان صديد من الحلمة
سيلان دم من الحلمة
سيلان حليب من الحلمة
عارض مرض السيلان
انقطاع الدورة الشهرية
أعراض سن اليأس
فطريات في المهبل
تآليل في المهبل
قمل في شعر العانة
أعراض طفحة سفلية
أعراض الحلا التناسلي
ضعف الرغبة الجنسية
استعمل محارم للدورة
استعمل دحسة بالدورة

مواد تنظيم الحمل

اللولب
العزل
عازل جاف
حاجب مطاطي
ربط المبايض
حبوب منع الحمل
مرهم مبيض للنفث
جدول تنظيم الحيض
استئصال أسهر الزوج
عزل عليه مبيد النفث
أريد فحصاً للأثداء
أريد فحصاً داخلياً
هل أنت حامل
تلقيح صناعي سابق
هل أستعملت كلوميد

عدد مرات استعمال الكلوميد

تاريخ آخر دورة حيض

تاريخ آخر فحص نسائي

عدد مرات الحمل

عدد مرات الإجهاض

عدد مرات الإملاص

عدد مرات الخداج

تاريخ آخر فحص للأثداء

إن كنت حاملاً , عدد أشهر الحمل

ضعي توقيعك من فضلك

للرجال و الجهاز التناسلي

تقديراً ناهراً تذكراً دائماً

عقم
ضعف جنسي
مرض الزهري
ضعف الإنتصاب
سرعه في القذف
ألم في الخصيات
فتاق في الخصيات
سفل في الخصيات
تضخم المؤثة
ورم في الخصيات
حكة في شعر المثانة
حكة عالعضو التناسلي
أعراض المأ التناسلي
أعراض السيلان
أعراض طفحة سفلية
قمل في شعر المعانة
العزل
استئصال الأسهر
كيود جاف
كيود عليه مبيد النظف
متزوج من أكثر من زوجه
أريد فحص المؤثة
تاريخ فحص للمؤثة
ضع توقيعك من فضلك

معلومات عن طريقة أكلي

تقديراً ناهراً تذكراً دائماً

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

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 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 دعا لها مثلاً لعملية اللوز و عملية المرارة إلخ. **انظر إلى المثال في الصفحة التالية.** ويريد أن يعرف أيضاً جميع الأدوية التي استعملتها في حياتك وخاصة المضاد الحيوي (أنتيبايوتك) وحبوب منع الحمل والكورتيزون. يجب أن تشير إلى سنة بداية العلاج وإلى سنة نهاية العلاج. يمكنك أن تضيف صفحات أخرى إذا احتاج الأمر. من بعض الأمور التي يجب التركيز عليها هي:

1- فترة الرضاعة، 2- تاريخ 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 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	• إجمرار 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