



استمارة اللياقة الصحية للطالبة

* عزيزتي الطالبة: حرصاً منا على تقديم أفضل رعاية صحية طارئة لك، يرجى ملئ هذه الاستمارة بدقة تامة

معلومات الطالبة

اسم الطالبة: رقم الطالبة الجامعي:

تاريخ الميلاد:

الحالة الاجتماعية: متزوجة عزباء غير ذلك: حدد:

رقم الهاتف الجوال: البريد الإلكتروني:

معلومات ولي الأمر

اسم ولي أمر الطالبة: رقم هاتف ولي الأمر:

رقم هاتف المنزل: رقم تواصل آخر:

المدينة: البريد الإلكتروني:

التاريخ الطبي للطالبة

* هل تعانين من أي من الأمراض المذكورة أعلاه؟ إذا كان الجواب بـ "نعم"، يرجى ذكر التفاصيل مثل نوع المرض وشدته والعلاج.

* بالنسبة للحساسية، الرجاء تحديد نوع الحساسية ومسببها وشدتها.

المشكلة الصحية	Health problem	لا	نعم	التفاصيل
حساسية	Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ربو	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
أمراض قلب	Heart diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ارتفاع ضغط الدم	Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
أمراض كلية	Renal diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
أمراض عصبية	Neurological diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
صرع	Seizure disorder/ Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
صداع متكرر	Frequent headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
سكري	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ارتفاع الدهون	Hyperlipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
التهابات متكررة	Frequent infections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
مشاكل سمعية	Hearing difficulties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
مشاكل نفسية / عاطفية	disorders mental/ Emotional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
مرض العوز لأنزيم	G6PD Deficiency	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

الرقم

التاريخ

المرجع



		G6PD	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thalassemia	فقر دم حوض البحر الأبيض المتوسط
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cell Sickle Anemia	فقر الدم المنجلي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B or C	التهاب الكبد الوبائي ب/سي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		مشاكل أو أمراض صحية أخرى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		هل سبق لك التنويم في المستشفى
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		هل سبق وأن اجري لك عملية جراحية

* هل تعانين من أي اضطراب أو مشاكل جسدية أو نفسية أخرى في الوقت الحالي أو سابقاً ؟

.....
.....

* هل تتناولين أدوية بشكل منتظم أو متقطع ؟ لا نعم، يرجى ذكر اسم الدواء والجرعة

الجرعة	اسم الدواء

* هل سبق وان تناولت أي أدوية سببت لك طفحاً جلدياً أو تورم في الجسد أو ضيق تنفس ؟

لا نعم: اسم الدواء.....

* ما هو المستشفى أو العيادة التي تتلقين فيها العناية الطبية عادة؟

اسم العيادة أو المستشفى.....
رقم ملف الطالبة الطبي:.....

رقم الهاتف:.....

.....
رقم

.....
تاريخ

.....
توقيع

التاريخ الطبي العائلي

هل يعاني أي من أفراد الأسرة من الآتي:

التفاصيل	نعم	لا	Health problem	المشكلة الصحية
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies	حساسية
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma	ربو
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperlipidemia	ارتفاع الدهون
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	سكري
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G6PD Deficiency	مرض العوز لأنزيم G6PD
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thalassemia	فقر دم حوض البحر الأبيض المتوسط
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sickle Cell Anemia	فقر الدم المنجلي
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B or C	التهاب الكبد الوبائي (ب أو سي)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		أمراض صحية خلقية

القياسات المخبرية والمبرئية

هل سبق وأن أجريتي أي فحوصات شاملة للجسم ؟

لا نعم: ان كانت الاجابة بنعم فهل اظهرت الفحوصات أي امراض أو اضطراب ؟ لا

نعم: هي

الوزن: لا اعلم اعلم : وهو

الطول: لا اعلم اعلم : وهو

ضغط الدم: لا اعلم اعلم : وهو

مستوى السكر في الدم لا اعلم اعلم : وهو

مستوى الهيموغلوبين لا اعلم اعلم : وهو

في حال فقدانك للوعي لاسمح الله، فقلني الفوض منسوبات العيادة الصحية لاتخاذ الاجراء اللازم للمحافظة على حياتي عند الحاجة

أقر ان المعلومات المذكورة في هذه الاستمارة صحيحة

مع تمنياتنا لكن بدوام الصحة والعافية

.....
.....
.....