

الرقم:

التاريخ:

المرافقات:

استمارة اللياقة الصحية للطالبة

عزيزتي الطالبة: حرصاً منا على تقديم أفضل رعاية صحية طارئة لك ، يرجى ملء هذه الاستمارة بدقة عالية .

البيانات الأولية للطالبة:

اسم الطالبة:
 تاريخ الميلاد:
 الحالة الاجتماعية:
 رقم الجوال:
 الرقم الجامعي:
 متزوجة
 عزباء
 غير ذلك (حدد)
 البريد الالكتروني

عنوان ولي الأمر:

اسم ولي أمر الطالبة:
 رقم هاتف المنزل:
 المدينة:
 رقم هاتف ولي الأمر:
 رقم تواصل آخر:
 البريد الالكتروني

التاريخ الطبي للطالبة:

- هل تعانيين من أي من الأمراض المذكورة أدناه ؟ 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	نعم	لا	التفاصيل
حساسية	Allergies			
ربو	Asthma			
امراض القلب	Heart diseases			
ارتفاع ضغط الدم	Hypertension			
امراض الكلى	Renal diseases			
أمراض عصبية	Neurological diseases			
صرع	seizure disorder / Epilepsy			
صداع متكرر	Frequent headache			

الرقم:

التاريخ:

المرافقات:

			diabetes	سكري
			hyperlipidemia	ارتفاع الدهون
			frequent infections	التهابات متكررة
			Hearing difficulties	مشاكل سمعية
			Disorders mental / emotional	مشاكل نفسية / عاطفية
			G6PD Deficiency	مرض العوز لأنزيم G6PD
			Thalassemia	فقر دم حوض البحر الأبيض المتوسط
			cell Sickle anemia	فقر الدم المنجلي
			Hepatitis B or C	التهاب الكبد الوبائي بي / سي
				مشاكل أو امراض صحية أخرى
				هل سبق لك التنويم بالمستشفى
				هل سبق وأن اجري لك عملية جراحية

هل تعاني من أي اضطراب أو إعاقة جسدية أو نفسية في الوقت الحالي أو سابقاً؟

هل تتناولين أي أدوية بشكل منتظم أو متقطع؟ لا نعم (يرجى ذكر اسم الدواء والجرعة)

اسم الدواء	الجرعة

هل سبق وأن تناولت أي أدوية سببت لك طفحاً جلدياً أو تورم في الجسد أو ضيق في التنفس؟

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 :

الرقم:

التاريخ:

المرافقات:

التاريخ الطبي العائلي :

هل يعاني أي فرد من أفراد الأسرة من الآتي :

المشكلة الصحية	Health problem	نعم	لا	التفاصيل
حساسية	Allergies			
ربو	Asthma			
سكري	diabetes			
ارتفاع الدهون	hyperlipidemia			
مرض العوز لأنزيم G6PD	G6PD Deficiency			
فقر دم حوض البحر الأبيض المتوسط	Thalassemia			
فقر الدم المنجلي	cell Sickle anemia			
التهاب الكبد الوبائي بي / سي	Hepatitis B or C			
امرض صحية خلقية				

الفحوصات المخبرية والسريية :

هل سبق وان اجريتي أي فحوصات شاملة للجسم ؟

لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم فهل أظهرت الفحوصات أي أمراض أو اضطرابات ؟

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 فقدان الوعي لا سمح الله ، فأبني أفوض منسوبات العيادة الصحية لاتخاذ الإجراءات اللازمة للمحافظة على حياتي عند الحاجة.

أقر أن المعلومات المذكورة في هذه الاستمارة صحيحة .

مع تمنياتنا لكن بدوام الصحة والعافية

الختم