

استمارة اللياقة الصحية لل طالبة

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

البيانات الأولية للطالبة:

اسم الطالبة : الرقم الجامعي :

تاريخ الميلاد :

الحالة الاجتماعية: متزوجة عزباء غير ذلك (حدد)

رقم الجوال: البريد الإلكتروني :

عنوان 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 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			
أمراض القلب	Heart diseases			
ارتفاع ضغط الدم	Hypertension			
أمراض الكلى	Renal diseases			
أمراض عصبية	Neurological diseases			
صرع	seizure disorder / Epilepsy			
صداع متكرر	Frequent headache			

			diabetes	سكري
			hyperlipidemia	ارتفاع الدهون
			frequent infections	التهابات متكررة
			Hearing difficulties	مشاكل سمعية
			Disorders mental / emotional	مشاكل نفسية/ عاطفية
			G γ PD Deficiency	مرض العوز لأنزيم G γ PD
			Thalassemia	فقر دم حوض البحر الأبيض المتوسط
			cell Sickle anemia	فقر الدم المنجلي
			Hepatitis B or C	التهاب الكبد الوبائي بي/سي
				مشاكل او امراض صحية أخرى
				هل سبق لك التويم بالمستشفى
				هل سبق وان 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 وان 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 عادةً؟
اسم العيادة أو المستشفى: رقم ملف الطالبة الطبي:
رقم الهاتف:

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 G γ PD	G γ PD Deficiency			
فقر دم حوض البحر الأبيض المتوسط	Thalassemia			
فقر الدم المنجلي	cell Sickle anemia			
التهاب الكبد الوبائي بي/سي	Hepatitis B or C			
أمراض صحية خلقية				

الفحوصات المخبرية والسريية

هل سبق وان اجرنتي أي فحوصات شاملة للجسم؟

لا نعم إذا كانت الاجابة بنعم فهل أظهرت الفحوصات أي أمراض أو اضطرابات؟ لا

نعم : هي

الوزن:	<input type="radio"/> لا أعلم	<input type="radio"/> أعلم وهو
الطول	<input type="radio"/> لا أعلم	<input type="radio"/> أعلم وهو
ضغط الدم :	<input type="radio"/> لا أعلم	<input type="radio"/> أعلم وهو
مستوى السكر في الدم	<input type="radio"/> لا أعلم	<input type="radio"/> أعلم وهو
مستوى الهيموغلوبين	<input type="radio"/> لا أعلم	<input type="radio"/> أعلم وهو

في حال فقدان للوعي لا سمح الله ، فأني أفوض منسوبات العيادة الصحية لا تتخذ الإجراءات اللازم للمحافظة على حياتي عند الحاجة .

أقر أن المعلومات المذكورة في هذه الاستمارة صحيحة.

مع تمنياتنا لكن بدوام الصحة والعافية

الختم