

اسم المريض: \_\_\_\_\_ رقم المريض: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

**I. ضع دائرة حول الإجابة الصحيحة (ترك الإجابة دون علامة في حالة عدم فهم السؤال):**

1. نعم لا هل صحتك العامة جيدة؟
2. نعم لا هل حدث تغير في حالتك الصحية خلال العام الماضي؟
3. نعم لا هل أدخلت المستشفى للمعالجة أو أصبت بأي مرض خطير خلال السنوات الثلاث الماضية؟ إذا كانت الإجابة نعم، لماذا؟
4. نعم لا هل أنت تحت إشراف طبيب معالج حالياً؟ لماذا؟
- تاريخ آخر فحص طبي: \_\_\_\_\_ تاريخ آخر فحص للأسنان: \_\_\_\_\_
5. نعم لا هل عانيت أية مشاكل بالنسبة إلى أي علاج سابق للأسنان؟
6. نعم لا هل أنت متآلم حالياً؟

**II. هل عانيت أبداً من:**

7. نعم لا ألم في الصدر (الخناق الصدري)؟
8. نعم لا تورم الكاحل (رسغ القدم)؟
9. نعم لا ضيق التنفس؟
10. نعم لا فقدان الوزن في الفترة الأخيرة، أو حمى أو عرق أثناء النوم؟
11. نعم لا سعال متكرر أو مصحوب بالدم؟
12. نعم لا مشاكل نزيف أو سهولة الرضوض؟
13. نعم لا مشاكل بالجيوب الأنفية؟
14. نعم لا صعوبة في الابتلاع؟
15. نعم لا الإسهال أو الإمساك، أو البراز المصحوب بالدم؟
16. نعم لا تقيؤ أو غثان متكرر؟
17. نعم لا صعوبة في التبول، أو تبول مصحوب بالدم؟
18. نعم لا دوخة؟
19. نعم لا رنين بالأذنين؟
20. نعم لا صداع؟
21. نعم لا نوبات إغماء؟
22. نعم لا غشيان البصر؟
23. نعم لا تشنح؟
24. نعم لا عطش مفرط؟
25. نعم لا التبول المتكرر؟
26. نعم لا جفاف الحلق؟
27. نعم لا اليرقان؟
28. نعم لا ألم أو تصلب بالمفاصل؟

**III. هل تعاني حالياً أو هل عانيت أبداً من:**

29. نعم لا مرض القلب؟
30. نعم لا أزمة قلبية أو خلل بالقلب؟
31. نعم لا لغط القلب؟
32. نعم لا حمى روماتيزمية؟
33. نعم لا جلطة دماغية أو تصلب بالشرايين؟
34. نعم لا ضغط دم عال؟
35. نعم لا الربو أو السل أو انتفاخ الرئة أو غير ذلك من أمراض الرئة؟
36. نعم لا التهاب الكبد أو غير ذلك من أمراض الكبد؟
37. نعم لا مشاكل بالمعدة، أو قرحة بالمعدة؟
38. نعم لا حساسية ضد: العقاقير أو الأطعمة أو الأدوية أو عصارة الشجر؟
39. نعم لا سجل عائلي من حالات مرض السكري أو مشاكل القلب أو الأورام الخبيثة؟
40. نعم لا مرض الإيدز؟
41. نعم لا أورام خبيثة أو سرطان؟
42. نعم لا آلام المفاصل المزمنة أو الروماتيزم؟
43. نعم لا أمراض العيون؟
44. نعم لا الأمراض الجلدية؟
45. نعم لا الأنيميا (فقر الدم)؟
46. نعم لا الأمراض التناسلية (الزهري أو السيلان)؟
47. نعم لا القوبا؟
48. نعم لا مرض الكلى أو المثانة؟
49. نعم لا أمراض الغدد الدرقية أو الغدد الكظرية؟
50. نعم لا مرض السكري؟

**IV. هل تحصل الآن أو هل حصلت أبداً على:**

51. نعم لا الرعاية النفسية؟
52. نعم لا العلاج بالإشعاع؟
53. نعم لا العلاج بالكيماويات؟
54. نعم لا صمام صناعي للقلب؟
55. نعم لا مفصل صناعي؟
56. نعم لا العلاج داخل المستشفى؟
57. نعم لا نقل الدم؟
58. نعم لا العمليات الجراحية؟
59. نعم لا الميقاع أو ضابطة النبض؟
60. نعم لا العدسات اللاصقة؟

**V. هل تتعاطى حالياً:**

61. نعم لا المخدرات للأسباب الترفيهية؟
62. نعم لا العقاقير أو الأدوية الموصوفة بروشنة أو دون روشنة (بما في ذلك الأسبرين) أو العلاجات الطبيعية؟

الرجاء ادرج اسماء الأدوية والعلاجات: \_\_\_\_\_

**VI. للنساء فقط:**

65. نعم لا هل أنت حامل - أو يحتمل أن تكوني حاملاً - أو مرضعة؟
66. نعم لا هل تتعاطين أقراص منع الحمل؟

**VII. لجميع المرضى:**

67. نعم لا هل لديك الآن أو كانت لديك في أي وقت مضى أية أمراض أو مشاكل طبية غير واردة في هذا النموذج؟

إذا كان جوابك نعم، الرجاء الشرح: \_\_\_\_\_

أقر بأنني قد أجبت على كل سؤال بشكل كامل ودقيق بقدر معرفتي، وسوف أقوم بإخطار طبيب الأسنان المعالج لي بأية تغييرات في حالتي الصحية والأدوية التي أتناولها.

توقيع المريض: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

مراجعة المعلومات للتأكد بأنها حديثة:

1. توقيع المريض \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

2. توقيع المريض \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

3. توقيع المريض \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_