

نموذج سوابق المريض

يستركمل قبل القاءبالتاريخ ولتتم مراجعته معأخصصمريضصحتطعم.

الهاتف	الاسم و النسب		سوابق للمريض
	لا	لا	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أنت مريض لجلي؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل لديك حمى؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تعلم من حملوي فتجاه مادة اللاتكس أو أي أطعمة أو أدوية أو لمخون اتلقاح؟ إذا كنت الإيجابي نعم ، حدد
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل عانيت من قبل من رفع شويب عن تلقيل لقاح؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تعلم من أمراض القلب أولية أولربو أو أمراض للثوى أو الكري أوقر الدم أو اضطرابات الدم الأخرى؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أنتفي حالة ضعف نفسي ج هازل من اع؟ (مثال: السرطان ، الكويديا ، سرطان لغدد الليفاي قفيري وس نقص المناعة للشري / الإيدز ، للزرع)؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أنتفي الأشهر الثلاثة للمضري ، هل أنتألمت أي أوي فتضعف ج هازل من اع؟ (فهبيل للماثال: للآتي زون أولبيني زون أولام شطات الأخرى) أو الأدوية للضاد للسرطان ، أو هل خضع لتل علاج اللعاعي؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خلال عمالمضري ، هل أنتفي نقل دم أو مثقبه ، أو تم إعطاو للغل مولين اللعاعي (جام) أو الأدوية الالضاد للفيروسات؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل عانيت من نوبات أو أي ش الكفسي الممخ أو ال ج هازل محبي؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أنتفي أيضعف منقسي الأديع الأبعه للجلي؟ إذا كنت الإيجابي نعم فأيطعميم؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	للنساء: هل أنت حامل أو خططين للحملي للشهر الليلي لإدارة الألي ألي الثاني؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل ترضع يبالرض مختلفي عي؟

حدد أناه الأدوية ، و لوى وجه ال خصوص ضادات للبخثر مبالضفة إلى المكملا للبطعيه ولليتمينات والعمادن أو أي أوي قديتتن اولها:

التاريخ الطبي ذي الصلة كوفيد-19	اعرف	لا	نعم
هل أنتفي الأشهر للمضري ، هل أنتفي لوى لمتص البشخص ص البفيريروس Sars-CoV2 أو أنتشرتتتب- COVID-19؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تعد واحدة من الأعراض التالية:			
• سعال بارد / حمى / هنيير أو أعراض تيبه أعراض الوبونزا؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• لك هاب ال لوق بقدان حلة الشرم أو للذوق؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ألبني للبطن / بلهال؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• كدمات غير طبيعيه أونيف / احمر افيال عيني؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• هل قمتبأي رحلات دولي في الأشهر للمضري؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اختبار COVID-19: • لا توجد اختبارات COVID-19 حيثة • اختبار COVID-19 لللي التاريخ) • اختبار COVID-19 للجلي التاريخ) • في انتظار اختبار COVID-19 لتاريخ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

أبلغ عن أي أمراض أو غبار عن حالتك الصحية.

المدينة و التاريخ

وتقيع ال صرح أو للممثل للذوي.