

التاريخ الطبي

دائرة الخدمات الصحية للطلاب في جامعة ايوا

تطلب دائرة الخدمات الصحية للطلاب في جامعة ايوا هذه المعلومات السرية بهدف تأمين الرعاية للمرضى. ولا يتم تزويد هذه المعلومات بشكل روتيني لأشخاص من خارج دائرة الخدمات الصحية للطلاب بدون معرفة المريض وموافقة الكتابية. يجب الإجابة على كافة البنود لتأمين رعاية مناسبة وميسرة للمرضى.

أ. البيانات الشخصية ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ غير ذلك

الاسم: _____ (الكنية) _____ (الاسم) _____ (الأوسط) _____ الرقم التعريفي للطلاب: _____

العنوان: _____ (الرقم أو الشارع أو ص.ب.) _____ (المدينة) _____ (الولاية) _____ (الرمز البريدي) _____ تاريخ الميلاد: _____

الشخص الذي يجب الاتصال به عند الطوارئ: _____ (الكنية) _____ (الاسم) _____ (الأوسط) _____ (الهاتف) _____

الاسم المفضل إذا كان مختلفاً عن المذكور أعلاه: _____

ب. التاريخ الطبي/الشخصي/البيولوجي للعائلة هل عانيت أو تعاني أو هل عانى أو يعاني أي فرد من أفراد عائلتك المباشرة من أي مما ورد أدناه؟ (العائلة المباشرة: الأب، الأم، الأخوة، الأخوات)

أجب على كل بند من البنود. بخصوص البنود التي أجبت عليها بنعم، اكتب ملاحظاتك في القسم د.

| القرابة | أنت | العائلة | القرابة | أنت | العائلة | القرابة |
|---------|-----|---------|---------|-----|---------|--------------------------------------|
| | | | | | | |
| لا | ن | لا | ن | لا | ن | لا |
| | | | | | | كحول/مخدرات |
| | | | | | | فرط الحساسية |
| | | | | | | التهاب مفاصل |
| | | | | | | ربو |
| | | | | | | سرطان |
| | | | | | | سكري |
| | | | | | | مشاكل الأذن والأنف والحنجرة |
| | | | | | | اضطرابات العين (غير العدسات المصححة) |
| | | | | | | إصابة في الرأس |
| | | | | | | مشاكل/أمراض القلب |
| | | | | | | الناور |
| | | | | | | غير ذلك |

هل سبق لك أن دخلت المستشفى أو أجريت لك عملية جراحية، إذا كان الأمر كذلك، من فضلك بيّن _____

هل سبق وأن عولجت من إحدى حالات الصحة العقلية؟ (من فضلك بيّن) _____

أدرج الأدوية التي تتعاطاها حالياً: _____

أدرج كل الحساسيات لـ: الأدوية (أدرج نوع رد الفعل الذي يحصل لك) _____

الحساسيات الغذائية والبيئية: _____

ج. التاريخ الاجتماعي

- هل تستعمل التبغ؟ ☐ نعم ☐ لا (إذا كان الجواب نعم، بين المقدار والمدة الزمنية)
 - هل تشرب الكحول؟ ☐ نعم ☐ لا (إذا كان الجواب نعم، بين المقدار والتواتر)
 - هل تمارس الرياضة؟ ☐ نعم ☐ لا (إذا كان الجواب نعم، بين التواتر والصيغة)
 - هل لديك مخاوف بشأن الوزن والأكل؟
 - هل تحتاج إلى مساعدة في الأنشطة اليومية الاعتيادية؟ ☐ نعم ☐ لا (إذا كان الجواب نعم، من فضلك بيّن)
 - هل تواجه صعوبة في فهم الإنجليزية؟ ☐ نعم ☐ لا ما هي لغتك الأم؟
 - هل لديك ظروف تؤثر على قدرتك على فهم وتعلم الأمور الصحية؟
 - إذا كنت بحاجة إلى مترجم شفهي أو مساعدة أخرى في التواصل، من فضلك أخبر القائم بتحديد الموعد بذلك عند تحديد موعدك.
 - إذا كانت لديك توجيهات مسبقة، مثل وصيتك وأنت على قيد الحياة، من فضلك أرسل نسخة منها مع هذه الاستمارة.
- د. ملاحظات: استعمل هذه المساحة لكتابة ملاحظات على القسم ب ولأية معلومات إضافية تشعر أننا يجب أن نعلم بها.

هـ. تأكيد: _____ توقيع الطالب _____ التاريخ _____

أعد هذه الاستمارة إلى: The university of Iowa, Student Health Service, 4189 Westlawn, Iowa City, IA 52242-1100 أو فاكس رقم: 319-335-7247