

24/7/365 TRANSLATED MEDICAL PROTECTION ABROAD

English/Arabic

الإنجليزية/العربية



GLOBAL HEALTH
PASSPORT

Forging Safer Travel

:: EASY TO USE ::

ABOUT THIS BOOKLET

نبذة عن هذا الكتيب

This booklet contains your private health information. Please keep it safe.

هذا الكتيب يحتوي على معلوماتك الصحية الخاصة. يُرجى الاحتفاظ به في مكان آمن.

Use the Quick Reference guide in this booklet for quick access.

استخدم الدليل المرجعي السريع في هذا الكتيب للوصول إلى المعلومات بسرعة.

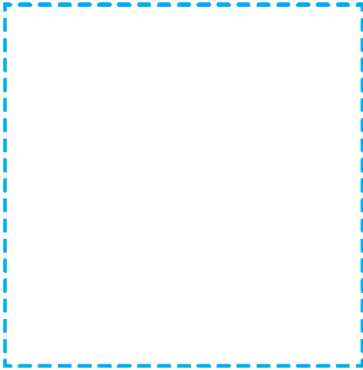
Carry your Global Health Passport with you at all times when you travel.

احمل جواز سفرك الصحي العالمي معك في كل الأوقات عندما تسافر.

A separate Global Health Passport is recommended for each individual traveler, including infants and children.

يُوصى بوجود جواز سفر صحي عالمي منفصل لكل مسافر، بما في ذلك الرُّضّع والأطفال.
Affix a passport photo below to help medical personnel with individual identification.

ثبّت صورة شخصية بمقاييس صورة جواز السفر أدناه لمساعدة الموظفين الطبيين على تحديد هوية الفرد.



Global Health Passport.com

ISBN 13: 978-0-9977050-7-2

© 2021 Global Health Passport, LLC. All rights reserved.

© 2021 Global Health Passport, LLC. جميع الحقوق محفوظة.

GLOBAL HEALTH PASSPORT

جواز السفر الصحي العالمي

Your country of Origin

بلدك الأم

Your physician's Name

اسم طبيبك

Your physician's Phone/e-mail

رقم هاتف/البريد الإلكتروني لطبيبك

Have you had other foreign travel recently?

هل سافرت إلى دولة أجنبية أخرى في الآونة الأخيرة؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

If YES, please list all countries of recent travel

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى كتابة أسماء جميع الدول التي سافرت إليها مؤخرًا

Please list all countries which you will be visiting in the next few days/
weeks/months

يُرجى كتابة أسماء جميع الدول التي سوف تزورها خلال الأيام/الأسابيع/
الشهور القليلة القادمة

DISCLAIMER

إخلاء المسؤولية

Although this form is detailed, it is neither a comprehensive nor an exhaustive listing of all possible pre-existing or current medical or dental conditions, or potential medical or dental clinical emergencies which patients may encounter and present with in a healthcare setting.

The ultimate responsibility for conveying an accurate and a complete medical history and accurate and complete patient symptoms to healthcare personnel during a healthcare visit, including a medical emergency lies with the patient or the patient's legal guardian.

As such, by using the Global Health Passport form, you release Global Health Passport, LLC from any legal liability arising from its usage, including but not limited to any current or future untoward consequences due to an omission, error, or miscommunication directly or indirectly arising as a result of having used the Global Health Passport formulary.

This document is being provided as is and Global Health Passport, LLC disclaims any warranty of merchantability or fitness for a particular purpose in connection with your purchase and use of this document.

على الرغم من أن هذا النموذج مُفصّل، إلا أنه لا يُعتبر قائمة كاملة أو شاملة لجميع الحالات الطبية أو حالات الأسنان المُحتمل وجودها من قبل أو الموجودة حالياً أو حالات الطوارئ السريرية المحتملة، الطبية أو الخاصة بالأسنان، التي قد يواجهها المرضى ويذهبون بسببها إلى منشآت الرعاية الصحية.

تقع المسؤولية النهائية عن نقل التاريخ الطبي الدقيق والكامل والأعراض الدقيقة والكاملة التي يعاني منها المريض إلى العاملين في مجال الرعاية الصحية خلال زيارة طلب الرعاية الصحية، بما في ذلك حالات الطوارئ الطبية، تقع على عاتق المريض أو الوصي القانوني على المريض.

بناءً على ذلك، باستخدام نموذج جواز السفر الصحي العالمي، فإنك تعفي Global Health Passport, LLC من أي مسؤولية قانونية تنشأ عن استخدامه، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، أي عواقب غير متوقعة في الوقت الحاضر أو في المستقبل بسبب إغفال أو خطأ أو سوء تواصل، تنشأ بصورة مباشرة أو غير مباشرة نتيجة لاستخدام كتيب جواز السفر الصحي العالمي.

تُقدم هذه الوثيقة كما هي، ولا تقدم Global Health Passport, LLC أي ضمان للتداول أو الملائمة لغرض معين فيما يتعلق بشرائك هذه الوثيقة واستخدامها.

QUICK REFERENCE

مرجع سريع

| | | |
|---------------------|---------|------------------------|
| Abdomen | | البطن |
| Medical History | 18 - 19 | التاريخ الطبي |
| Current Symptoms | 31 - 34 | الأعراض الحالية |
| Allergies | 9 - 10 | الحساسية |
| Chest/Thorax | | الصدر |
| Medical History | 17 - 18 | التاريخ الطبي |
| Current Symptoms | 23 - 27 | الأعراض الحالية |
| Dental Section | 41 - 43 | قسم الأسنان |
| Genitourinary | | الجهاز البولي التناسلي |
| Medical History | 19 | التاريخ الطبي |
| Current Symptoms | 35 | الأعراض الحالية |
| Head and Neck | | الرأس والرقبة |
| Medical History | 16 - 17 | التاريخ الطبي |
| Current Symptoms | 27 - 31 | الأعراض الحالية |
| Medications | 11 | الأدوية |
| Men's Health | | صحة الرجال |
| Medical History | 21 | التاريخ الطبي |
| Current Symptoms | 37 | الأعراض الحالية |
| Musculoskeletal | | الجهاز العضلي الحركي |
| Medical History | 21 | التاريخ الطبي |
| Current Symptoms | 37 - 40 | الأعراض الحالية |
| PRE-CT | 8 - 9 | قبل الأشعة المقطعية |
| PRE-MRI | 13 - 15 | قبل الرنين المغناطيسي |
| Skin | | الجلد |
| Medical History | 22 | التاريخ الطبي |
| Current Symptoms | 40 - 41 | الأعراض الحالية |
| Surgical History | 12 - 13 | التاريخ الجراحي |
| Women's Health | | صحة النساء |
| Medical History | 19 - 20 | التاريخ الطبي |
| Current Symptoms | 35 - 36 | الأعراض الحالية |
| Zica / Dengue Fever | 6 - 7 | حمى زیکا / حمى الضنك |

PASSPORT INSTRUCTIONS

تعليمات جواز السفر

Global Health Passport is divided into three sections:

ينقسم جواز السفر الصحي العالمي إلى ثلاثة أقسام :

- ☐ Section I. Medical History (pp. 7-19).
القسم ا. التاريخ الطبي (الصفحات. 19-7).
- ☐ Section II. Current Medical Symptoms (pp. 6-7 & 20-34).
القسم اا. الأعراض الطبية الحالية (الصفحات. 34-20 & 7-6).
- ☐ Section III. Current Dental Symptoms (pp. 34-36).
القسم ااا. أعراض الأسنان الحالية (الصفحات. 36-34).

Fill out your Global Health Passport

عبئ بيانات جواز سفرك الصحي العالمي

- ☐ Step 1 خطوة 1

Fill out all of Section I (Medical History).

عبئ بيانات القسم ا (التاريخ الطبي).

Check mark (✓) all the boxes that apply to your medical history.

ضع علامة (✓) في جميع المربعات التي تنطبق على تاريخك الطبي.

- ☐ Step 2 خطوة 2

Fill out Section II (Current Medical Symptoms) if you are currently having medical symptoms or issues.

عبئ بيانات القسم اا (الأعراض الطبية الحالية) إذا كان لديك أعراض أو مشكلات طبية في الوقت الحالي.

Check mark (✓) all the boxes that relate to your current medical symptoms or issues.

ضع علامة (✓) في كل المربعات المتعلقة بالأعراض أو المشكلات الطبية التي تعاني منها حاليًا.

- ☐ Step 3 خطوة 3

Fill out all of Section III (Current Dental Symptoms) even if you are just having a dental check up or a dental cleaning.

عبئ جميع بيانات القسم ااا (الأعراض الحالية الخاصة بالأسنان) حتى إذا كنت ستخضع لفحص الأسنان أو تنظيف الأسنان فقط.

Make sure that Section I has been completely filled out.

تأكد من تعبئة بيانات القسم ا بالكامل.

EMERGENCY PHRASES

عبارات الطوارئ

Use these phrases in a medical or dental emergency.

استخدم هذه العبارات في حالات الطوارئ الطبية أو طوارئ الأسنان.

Medical Emergency

الطوارئ الطبية

- ☐ I'm having a medical emergency.

لدي حالة طارئة طبية.

- ☐ Please take me to the nearest hospital.

من فضلك اصطحبني إلى أقرب مستشفى.

- ☐ Please call a cab for me.

من فضلك اتصل بسيارة أجرة من أجلي.

- ☐ Please call the local 3-digit emergency phone number for me.

من فضلك اتصل برقم هاتف الطوارئ المحلي المكون من 3 أرقام من أجلي.

- ☐ Please give me the 3-digit emergency phone number used here.

من فضلك أعطني رقم هاتف الطوارئ المحلي المكون من 3 أرقام المُستخدَم هنا.

Dental Emergency

حالات طوارئ الأسنان

- ☐ I'm having a dental emergency.

لدي حالة أسنان طارئة.

- ☐ Please take me to a dentist's office.

من فضلك اصطحبني إلى عيادة طبيب الأسنان.

- ☐ Please direct me to the nearest dentist.

من فضلك أرشدني إلى أقرب طبيب أسنان.

My information

معلوماتي

- ☐ This booklet contains my personal medical history.

هذا الكتيب يحتوي على تاريخي الطبي الشخصي.

- ☐ Please use my medical information provided in this booklet.

برجاء استخدام معلوماتي الطبية الواردة في هذا الكتيب.

- ☐ My allergies are listed on page 9 of this booklet.

الأشياء التي أعاني من حساسية تجاهها مدرجة في الصفحة 9 من هذا الكتيب.

- ☐ I don't speak the local language.

أنا لا أتحدث اللغة المحلية.

FEMALES / ZICA

النساء / زيكا

Are you pregnant?

هل أنتِ حامل؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

☐ Not Sure لست متأكدة

When was your last menstrual period? _____

متى كانت آخر دورة شهرية لك؟

Do you currently have?

هل تعاني الآن من؟

☐ Fever

حمى

☐ Rash

طفح جلدي

☐ Joint pain

ألم في المفاصل

☐ Conjunctivitis (pink eye)

التهاب الملتحمة (العين الوردية)

Have you had any recent insect bites?

هل تعرضت لأي لدغات حشرات في الآونة الأخيرة؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

☐ Not Sure لست متأكدة

If yes, what type of insect?

إذا كانت الإجابة نعم، ما نوع الحشرة؟

☐ Mosquito ناموسة

☐ Spider عنكبوت

☐ Tick قراد

DENGUE FEVER

حمى الضنك

Have you had a recent mosquito bite?

هل تعرضت مؤخراً للدغة ناموسة؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

☐ Not Sure لست متأكدة

Are you pregnant?

هل أنتِ حامل؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

☐ Not Sure لست متأكدة

Do you currently have?

هل تعاني الآن من؟

☐ Sudden high fever (40°C/104°F)

حمى مفاجئة (40 درجة مئوية/104 درجة فهرنهايت)

☐ Severe headaches

صداع شديد

☐ Pain behind the eyes

ألم خلف العينين

☐ Severe joint and muscle pain

ألم شديد في المفاصل والعضلات

☐ Nausea

غثيان

☐ Vomiting

قيء

☐ Swollen lymph nodes

غدد لمفاوية متورمة

☐ Skin rash

طفح جلدي

CAUTION

تنبيه

☐ Fever dropping below 38°C/100°F

حمى أقل من 38 درجة مئوية/100 درجة فهرنهايت

☐ Severe abdominal pain

ألم شديد في البطن

☐ Persistent vomiting

قيء مستمر

☐ Blood in your urine, stools, or vomit

دم في البول أو البراز أو القيء

☐ Bleeding from your nose or gums, or bleeding under the skin which may look like bruising

نزيف من الأنف أو اللثة أو نزيف تحت الجلد يبدو مثل الكدمة

☐ Difficult or rapid breathing

صعوبة في التنفس أو التنفس السريع

☐ Cold or clammy skin

برودة أو رطوبة الجلد

☐ Fatigue

إجهاد

☐ Irritability or restlessness

الانفعال أو القلق

IMPORTANT

مهم

Do you only have one kidney?

هل لديك كلية واحدة فقط؟

☐ Yes, one kidney

نعم، كلية واحدة

☐ No, both kidneys

لا، كليتان

Are you, your child, or the individual presenting today under your care allergic to iodine or seafood (shrimp), and/or have you or they had a bad or adverse reaction (such as a skin: rash, redness, or itching) and/or difficulty breathing or swallowing when you or they have had dye (iodinated contrast medium) previously injected intravenously during or immediately after a prior medical/radiologic procedure?

هل تعاني أنت أو طفلك أو الشخص الحاضر اليوم تحت رعايتك من حساسية تجاه اليود و/أو المأكولات البحرية (القريدس)، و/أو عانيت من رد فعل سيء أو سلبي (مثل طفح جلدي) أو إحمرار أو حكة و/أو صعوبة في التنفس أو البلع عند تلقيك أو تلقيهم من قبل لصبغة (وسيط تباين يحتوي على اليود) عن طريق الحقن الوريدي خلال أو مباشرة بعد إجراء طبي/إشعاعي؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

☐ Not Sure لست متأكدًا

If yes, please list the type of reaction

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى كتابة نوع رد الفعل

☐ Difficulty breathing

صعوبة التنفس

☐ Difficulty Swallowing

صعوبة البلع

☐ Skin

أعراض جلدية

☐ Rash

طفح جلدي

☐ Redness

احمرار الجلد

☐ Itching

حكة

Do you, your child, or this individual under your care need to receive or has ever previously received a premedication drug regimen prior to having a radiologic examination such as a CT Scan, or a kidney examination such as Intravenous Pyelography (IVP), or any other medical study utilizing dye (an iodinated contrast medium) injected intravenously due to a prior allergic response to the dye (injected iodinated contrast medium)?

هل أنت أو طفلك أو الشخص الذي تحت رعايتك بحاجة لتلقي أو سبق أن تلقيت نظامًا دوائيًا تحضيريًا قبل إجراء فحص إشعاعي مثل اختبار الأشعة المقطعية أو فحص الكلى مثل تصوير الحويضة عن طريق الحقن الوريدي (IVP) أو أي دراسة طبية أخرى تستخدم الصبغة (وسيط تباين يحتوي على اليود) عن طريق الحقن الوريدي بسبب رد فعل تحسسي مسبق تجاه الصبغة (وسيط تباين يحتوي على اليود عن طريق الحقن)؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

☐ Not Sure لست متأكدًا

ALLERGIES

الحساسية

Do you have food allergies?

هل لديك حساسية ضد أطعمة معينة؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

☐ Gluten/Wheat

الغلوتين/القمح

☐ Peanuts

الفول السوداني

☐ Cow's Milk

حليب البقر

☐ Eggs

البيض

☐ Shrimp/Shellfish

القريدس/المحار

☐ Fish

السماك

☐ Tree Nuts (Walnuts, Cashews)

المكسرات (الجوز، الكاجو)

☐ Soy

الصويا

☐ Iodinated contrast agents/dye

عوامل التباين/الصبغة التي تحتوي على اليود

☐ Other _____

أخرى

Medications

الأدوية

☐ Yes نعم

☐ No لا

If yes, which medications?

إذا كانت الإجابة نعم، ما هي الأدوية؟

Are you allergic to penicillin?

هل لديك حساسية تجاه البنسيلين؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Are you allergic to other antibiotic(s)?

هل لديك حساسية تجاه مضادات حيوية أخرى؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Which one(s)

ما هي

Are you allergic to bee stings or other insect bites?

هل لديك حساسية تجاه لسع النحل أو لدغات الحشرات الأخرى؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Current Medications

الأدوية الحالية

Name of Medication / Dose

اسم الدواء / الجرعة

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

SURGICAL HISTORY

التاريخ الجراحي

Appendectomy (surgical removal of your appendix)

استئصال الزائدة الدودية (عملية جراحية لإزالة زائدتك الدودية)

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

Cholecystectomy (surgical removal of your gallbladder)

استئصال المرارة (عملية جراحية لإزالة مرارتك)

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

Surgery to your stomach, small intestines, or colon

جراحة في معدتك أو الأمعاء الدقيقة أو القولون

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

Other abdominal surgery

جراحة أخرى في البطن

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

Placement of brain aneurysmal clips for a prior brain aneurysm correction

وضع مشابك لأوعية دموية متمددة في الدماغ لتصحيح تمدد سابق للأوعية الدموية في الدماغ

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

Other brain or spinal cord surgery

جراحة أخرى في الدماغ أو الحبل الشوكي

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

Orthopedic, neurologic, or plastic surgery

جراحة للعظام أو للأعصاب أو جراحة تجميلية

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

Hysterectomy (surgical removal of the uterus), surgical removal of an ovary(ovaries), or fallopian tube(s)

استئصال الرحم (إزالة الرحم جراحياً) أو إزالة مبيض جراحياً (المبيضان) أو أنبوب فالوب (الأنبوبات)

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدة

Other pelvic surgery

جراحة أخرى في الحوض

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

Vasectomy, orchidectomy (surgical removal of a testicle), or prostatic surgery

استئصال القناة الدافقة أو استئصال الخصية (استئصال إحدى الخصيتين جراحياً) أو جراحة البروستاتا

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

Cardiac or other thoracic surgery

جراحة في القلب أو جراحة أخرى في الصدر

☐ Yes نعم

☐ No لا

☐ Not Sure لست متأكدًا

Surgical removal of a kidney

جراحة لإزالة الكلى

☐ Yes نعم

☐ No لا

☐ Not Sure لست متأكدًا

Other surgery not listed above

جراحة أخرى ليست مذكورة أعلاه

☐ Yes نعم

☐ No لا

☐ Not Sure لست متأكدًا

PRE-MRI (MAGNETIC RESONANCE IMAGING) STUDY HISTORY

دراسة التاريخ قبل الخضوع للتصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)

Do you have an allergy to MRI contrast?

هل لديك حساسية تجاه الصبغة المستخدمة في اختبار التصوير بالرنين المغناطيسي؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

☐ Not Sure لست متأكدًا

Do you only have one kidney?

هل لديك كلية واحدة فقط؟

☐ Yes, only one kidney

نعم، كلية واحدة

☐ No, I still have both kidneys

لا، لا يزال لديّ كليتان

Are you claustrophobic and/or have you previously experienced difficulties prior or during an MRI examination?

هل تعاني من رهاب الأماكن المغلقة و/أو هل سبق أن واجهت صعوبات قبل أو أثناء الخضوع لفحص بالرنين المغناطيسي؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you have a cardiac pacemaker, or retained pacemaker leads in place?

هل أنت مُزوّد بجهاز لتنظيم ضربات القلب أو لا تزال أقطاب جهاز تنظيم ضربات القلب في جسمك؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

☐ Not Sure لست متأكدًا

Do you have a carotid sinus pacemaker in place?

هل أنت مُزوّد بجهاز جيبى سباتي لتنظيم ضربات القلب لديك؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

☐ Not Sure لست متأكدًا

Do you have a prosthetic heart valve, inferior vena cava filter, biliary or vascular stent, IUD (Intrauterine Device), or a metallic prosthesis in place, in which there is a doubt or concern as to positional stability?

هل لديك صمام قلب اصطناعي أو مرشح للوريد الأجوف السفلي أو دعامة في القناة الصفراوية أو دعامة وعائية أو لولب رحمي (جهاز يوضع داخل الرحم لتحديد النسل) أو بديل معدني اصطناعي في جسمك، يوجد شك أو قلق بشأن الاستقرار الموضعي له؟

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

Do you have an automatic implantable cardioverter defibrillator (AICD) in place?

هل أنت مُزوّد بمُوقِّم نظم القلب ومُزيل الرَّجْفَان التلقائي القابل للغرس (AICD) في جسمك؟

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

Do you have an insulin pump in place?

هل أنت مُزوّد بمضخة أنسولين في جسمك؟

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

Do you have a neurostimulator in place?

هل أنت مُزوّد بجهاز تحفيز عصبي في جسمك؟

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

Do you have a non-graphite spinal cord tong in place?

هل أنت مُزوّد بممسك للحبل الشوكي مصنوعًا من غير الجرافيت داخل جسمك؟

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

Do you have a cochlear implant in place?

هل أنت مُزوّد بغرس طعم قوقعي داخل الأذن؟

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

Do you have a stapedial implant in place?

هل أنت مُزوّد بغرس ركابي داخل الأذن؟

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

Do you have a known metallic foreign body (metal sliver) in your eye, or have you ever been or are you currently a welder?

هل هناك جسم معدني غريب (معدن الفضة) داخل عينك أو هل عملت من قبل أو تعمل حاليًا كعامل لحام؟

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

Do you have a brain aneurysmal clip from a prior surgery?

هل أنت مُزوّد بمشبك لأوعية دموية متمددة في الدماغ من خلال جراحة سابقة؟

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

Do you have a Thermodilution Swan Ganz Catheter in place?

هل أنت مُزوّد بقسطرة ثرموديلوتيون سوان غانز في جسمك؟

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

Do you have other possible surgical/or nonsurgical metal in or on your body such as a stainless steel spinal metallic device or devices?

هل هناك أي قطع معدنية جراحية/أو غير جراحية أخرى داخل جسمك أو متصلة بجسمك مثل جهاز أو أجهزة مصنوعة من الفولاذ المقاوم للصدأ في العمود الفقري؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

Do you have an eyelid tattoo?

هل لديك وشم على الجفن؟

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

MEDICAL HISTORY - SYSTEMS REVIEW

التاريخ الطبي - استعراض الأجهزة

Do you have a history of hemophilia or other coagulation deficiency with an increased tendency to bleed?

هل لديك تاريخ إصابة بمرض الهيموفيليا أو نقص التخثر مع زيادة الميل إلى النزف؟

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

Do you have diabetes?

هل تعاني من مرض السكري؟

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

If you have diabetes, are you on

إذا كنت مصابًا بمرض السكري، فهل تتناول

☐ Oral diabetes medication(s)

دواءً (أدوية) لعلاج السكري عن طريق الفم

☐ Do you inject insulin?

هل تتلقى حقن الأنسولين؟

If you have a history of diabetes, do you currently have?

إذا كان لديك تاريخ للإصابة بمرض السكري، فهل تعاني حاليًا من؟

☐ Nausea or vomiting

غثيان أو قيء

☐ Excessive thirst

عطش شديد

☐ Shortness of breath

ضيق في التنفس

☐ Frequent urination

تبول متكرر

☐ Confusion

تشوش

☐ Abdominal pain

ألم شديد في البطن

Are you immunocompromised or are you currently receiving chemotherapy?

هل لديك نقص في المناعة أو تتلقى حاليًا علاجًا كيميائيًا؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

HEAD AND NECK

الرأس والرقبة

Do you have any of the following conditions?

هل تعاني من أي من الحالات المرضية التالية؟

☐ Chronic moderate to severe headaches

صداع مزمن متوسط أو شديد الحدة

☐ Blurred Vision

رؤية ضبابية

☐ Visual loss

فقدان البصر

☐ Hearing loss

فقدان السمع

☐ Memory loss

فقدان الذاكرة

☐ Loss of consciousness

فقدان الوعي

☐ Fainting spells

نوبات إغماء

☐ A seizure history

تاريخ من النوبات التشنجية

☐ A history of chronic dizziness or loss of balance

تاريخ من الدوخة المزمنة أو فقدان التوازن

☐ Muscle Weakness or Chronic Fatigue

ضعف العضلات أو الإجهاد المزمن

☐ Stroke

السكتة الدماغية

☐ A history of neurological conditions such as Parkinson's disease, multiple sclerosis, or Huntington's chorea

تاريخ من الحالات العصبية مثل مرض باركنسون أو التصلب المتعدد أو داء هنتنغتون

☐ Chronic moderate to severe sore throat

احتقان الحلق المتوسط إلى الشديد

☐ Alcohol or drug abuse

الإفراط في تناول الكحول أو المخدرات

☐ Head or neck cancer

سرطان الرأس أو الرقبة

CHEST / THORAX

الصدر

Do you have any of the following conditions?

هل تعاني من أي من الحالات المرضية التالية؟

Asthma

الربو

☐ Yes نعم

☐ No لا

☐ Not Sure لست متأكدًا

Bronchitis

التهاب الشعب الهوائية

☐ Yes نعم

☐ No لا

☐ Not Sure لست متأكدًا

☐ Lung cancer

سرطان الرئة

☐ Breast cancer

سرطان الثدي

☐ Recent cold, flu, or pneumonia

الإصابة بنزلة برد أو إنفلونزا أو التهاب رئوي مؤخرًا

☐ Recent fever, chills, or cough

الإصابة بحمى أو رعشات أو سعال مؤخرًا

☐ Pneumocystis carinii pneumonia or other HIV related medical conditions.

التهاب رئوي بالمتكيسة الجؤجؤية أو حالات طبية أخرى ذات الصلة

بفيروس نقص المناعة البشري.

☐ Other Pulmonary Conditions Not Listed Above

حالات رئوية أخرى غير مذكورة أعلاه

☐ History of a heart attack

تاريخ من النوبات القلبية

☐ Other heart related conditions

حالات أخرى متعلقة بالقلب

☐ Cardiac pacemaker placement

تركيب جهاز لتنظيم ضربات القلب

☐ History of congestive heart failure

تاريخ من فشل القلب الاحتقاني

☐ Do you sleep with multiple pillows

هل تنام على عدة وسادات

☐ Do you have foot or ankle swelling

هل لديك تورم في القدم أو الكاحل

☐ History of known irregular heartbeats (arrhythmias)

تاريخ من عدم انتظام ضربات القلب (اضطراب نظم القلب)

☐ Do you have History of a blood clotting disorder

هل لديك تاريخ من اضطراب تجلط الدم

☐ High blood pressure

ارتفاع ضغط الدم

ABDOMEN

البطن

Do you have any of the following conditions?

هل تعاني من أي من الحالات المرضية التالية؟

☐ Stomach or intestinal cancer

سرطان المعدة أو الأمعاء

☐ Liver cancer

سرطان الكبد

☐ Diverticulitis

التهاب الرتج

☐ Prior colonic polyp removal

إزالة سلائل القولون من قبل

☐ Prior history of irregular bowel movements with periods of constipation and/or diarrhea

تاريخ سابق من التبرز غير المنتظم مع فترات من الإمساك و/أو الإسهال

☐ History of visible blood after a bowel movement

تاريخ من وجود دم ظاهر بعد التبرز

☐ History of hemorrhoids

تاريخ من البواسير

☐ History of peptic ulcers (esophageal, gastric, or duodenal ulcers)

تاريخ من قرح المعدة (القرح المريئية أو المعدية أو قرح الإثنا عشر)

☐ Prior endoscopy or colonoscopy

تنظير داخلي أو تنظير القولون من قبل

☐ Crohn's disease or ulcerative colitis

مرض كرون أو التهاب القولون التقرحي

Do you still have your appendix?

هل لا تزال محتفظاً بزائدتك الدودية؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

☐ Not Sure لست متأكدًا

GENITOURINARY

الجهاز البولي التناسلي

Do you only have one kidney?

هل لديك كلية واحدة فقط؟

☐ Yes, only one kidney

نعم، كلية واحدة

☐ No, I still have both kidneys

لا، لا يزال لدي كليتان

Do you have any of the following conditions?

هل تعاني من أي من الحالات المرضية التالية؟

☐ History of kidney stones

تاريخ من حصوات الكلى

☐ Visible blood upon urination without pain

دم ظاهر عند التبول دون ألم

☐ History of urinary tract infections

تاريخ من عدوى الجهاز البولي

☐ Cancer of the kidneys, ureters, or urinary bladder

سرطان الكلى أو الحالب أو المثانة

FEMALES

النساء

Do you have any of the following conditions?

هل تعانين من أي من الحالات المرضية التالية؟

☐ Ovarian, endometrial, or cervical cancer

سرطان المبيض أو الرحم أو عنق الرحم

Are you menopausal?

هل بلغت مرحلة انقطاع الطمث؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

If yes, do you have pelvic pain or unusual chronic pelvic symptoms?

إذا كانت الإجابة نعم، هل لديك ألم في الحوض أو أعراض غير عادية مزمنة في الحوض؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Possible current venereal disease?

هل من المحتمل إصابتك بمرض تناسلي حالياً؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

☐ Not Sure لست متأكدة

History of heavy menstrual flow or irregular menstrual periods

تاريخ من الدورات الشهرية الغزيرة أو غير المنتظمة

☐ Yes نعم

☐ No لا

History of pelvic inflammatory disease

تاريخ لمرض التهابي حوضي

☐ Yes نعم

☐ No لا

PREGNANCY HISTORY

تاريخ الحمل

History of a spontaneous abortion of a pregnancy

تاريخ من الإجهاض التلقائي للحمل

☐ Yes نعم

☐ No لا

History of an ectopic (outside of the uterus) pregnancy

تاريخ من الحمل خارج الرحم

☐ Yes نعم

☐ No لا

History of current pain or bleeding related to pregnancy

تاريخ من ألم أو نزيف حالي مرتبط بالحمل

☐ Yes نعم

☐ No لا

History of a cesarian section

تاريخ من الولادة القيصرية

☐ Yes نعم

☐ No لا

Complications during delivery

مضاعفات أثناء الولادة

☐ Yes نعم

☐ No لا

MALES

الرجال

Do you have any of the following conditions?

هل تعاني من أي من الحالات المرضية التالية؟

☐ Prostate Cancer

سرطان البروستاتا

☐ Testicular cancer

سرطان الخصية

☐ Difficulty starting urination

صعوبة في بدء التبول

☐ Pain during urination

ألم أثناء التبول

☐ Penile discharge

إفرازات من القضيب

MUSCULOSKELETAL

الجهاز العضلي الحركي

Do you have any of the following conditions?

هل تعاني من أي من الحالات المرضية التالية؟

☐ Arthritis

التهاب المفاصل

☐ Recent bone fracture

كسر حديث في العظام

☐ Bone cancer

سرطان العظام

☐ Muscle related tumor/cancer

ورم/سرطان العضلات

☐ Bone or joint pain

ألم في العظام أو المفاصل

☐ Fibromyalgia or other muscular disorder

ألم عضلي تليفي أو اضطراب عضلي آخر

SKIN

الجلد

Do you have any of the following conditions?

هل تعاني من أي من الحالات المرضية التالية؟

☐ Lupus or other autoimmune disease

الذئبة أو مرض مناعة ذاتية آخر

☐ Melanoma or other form of skin cancer

ورم ميلانيني أو شكل آخر من أشكال سرطان الجلد

☐ A mole, wart, or other skin lesion that is enlarging or changing color

خلد أو ثؤلول أو آفة جلدية أخرى يزداد حجمها أو يتغير لونها

☐ Recent insect bites from a

لدغة حشرة حديثاً من

☐ Mosquito

ناموسة

☐ Spider

عنكبوت

☐ Tick

قرادة

PLEASE REVIEW ALL OF THE BODY SECTIONS BELOW AND CHECK MARK (✓) ALL THE BOXES THAT APPLY TO YOU.

يُرجى مراجعة جميع أقسام الجسم أدناه ووضع علامة (✓) على جميع المربعات التي تنطبق عليك.

☐ I. THORAX/CHEST

أ. الصدر

☐ II. HEAD AND NECK

أ. الرأس والرقبة

☐ III. ABDOMEN

أ. البطن

☐ IV. GENITOURINARY

أ. الجهاز البولي التناسلي

☐ V. MUSCULOSKELETAL

٧. الجهاز العضلي الحركي

☐ VI. SKIN

٧١. الجلد

☐ VII. DENTAL

٧١. الأسنان

I. THORAX / CHEST

الصدر

CHEST PAIN

ألم في الصدر

☐ Mild بسيط

☐ Moderate متوسط

☐ Severe شديد

Radiation of chest pain to

انتشار ألم الصدر إلى

☐ Neck or jaw

الرقبة أو الفك

☐ One or both arms

أحد الذراعين أو كليهما

☐ Back

الظهر

☐ Stomach

المعدة

Did the chest pain just start?

هل بدأ ألم الصدر الآن فقط؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Does the chest pain last for more than a few minutes?

هل يستمر ألم الصدر لأكثر من دقائق قليلة؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Would you describe the pain as "an elephant sitting on your chest"?

هل تصف الألم بأنه "مثل فيل يجلس على صدرك"؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Have you had such a chest pain before?

هل عانيت من ألم مماثل من قبل؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you have a history of heart disease and/or a prior heart attack?

هل لديك تاريخ من الإصابة بأمراض القلب و/أو تعرضت لنوبة قلبية سابقًا؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you have a history of congestive heart failure?

هل لديك تاريخ من فشل القلب الاحتقاني؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you currently have cold sweats or night sweats?

هل تعاني حاليًا من عرق بارد أو عرق ليلي؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Are you currently nauseous?

هل تشعر بالغثيان حاليًا؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Are you currently lightheaded?

هل تشعر بدوار حاليًا؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Are you currently short of breath with or without chest discomfort?

هل تعاني حاليًا من ضيق في التنفس مع أو دون شعور بعدم الراحة في الصدر؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you take a prescribed medicine for your chest pain?

هل تتناول دواءً يتطلب وصفة طبية لعلاج ألم الصدر؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Did you fall or bruise your ribs?

هل تعرضت للسقوط أو أصبت بكدمة في ضلوعك؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Are you coughing currently?

هل أنت مصاب بالسعال حاليًا؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you have a history of prior heart surgery?

هل خضعت لجراحة في القلب من قبل؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you currently have a cardiac pacemaker in place?

هل أنت مُزوّد حاليًا جهاز لتنظيم ضربات القلب؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you smoke: cigars, cigarettes, or a pipe?

هل تدخن: السيجار أو السجائر أو الغليون؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

If you smoke, how long have you been smoking?

إذا كنت مدخنًا، فممنذ متى تدخن؟

☐ Months شهور

☐ Years أعوام

COUGH

السعال

☐ Bloody sputum

بلغم يحتوي على دم

☐ Productive cough (phlegm)

سعال مع بلغم

☐ Dry cough

سعال جاف

☐ Duration of Cough

مدة السعال

☐ Two days or less

يومان أو أقل

☐ A week

أسبوع

☐ A few weeks

بضعة أسابيع

☐ A month or longer

شهر أو أكثر

Do you currently have

هل تعاني حاليًا من

☐ Wheezing

أزيز (صوت صفير مع التنفس)

☐ Aches in muscles and/or joints

أوجاع في العضلات و/أو المفاصل

☐ Fever or chills

حمى أو رعشات

☐ Ear or throat pain

ألم في الأذن أو الحلق

☐ Runny nose

سيلان الأنف

☐ Weakness or extreme fatigue

ضعف أو إجهاد شديد للغاية

☐ Headache

صداع

☐ Pain around your eyes

ألم حول عينيك

Have you had a flu shot in the recent past?

هل تلقيت لقاح الإنفلونزا مؤخراً؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Have your flu/cold like symptoms come on suddenly?

هل ظهرت عليك فجأة أعراض شبيهة بأعراض الإنفلونزا/البرد؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Does your child have flu/cold-like symptoms with

هل يعاني طفلك من أعراض شبيهة بأعراض الإنفلونزا/البرد مع

☐ Vomiting

قيء

☐ Diarrhea

إسهال

Do you have a history of asthma?

هل لديك تاريخ من الإصابة بالربو؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

If yes, are you currently experiencing great difficulty breathing?

إذا كانت الإجابة نعم، فهل تعاني حالياً من صعوبة شديدة في التنفس؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you use an inhaler or take any medications for asthma?

هل تستخدم جهاز استنشاق أو تتناول أي أدوية لعلاج الربو؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

If yes, do you have the asthma inhaler/medication with you?

إذا كانت الإجابة نعم، فهل تحمل معك جهاز استنشاق/دواء لعلاج الربو؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you have a prior history of blood clots in your legs or lungs?

هل لديك تاريخ سابق من الإصابة بجلطات دموية في الساقين أو الرئة؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Are you out of breath now?

هل تعاني من ضيق في التنفس الآن؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

If yes, are you very much out of breath?

إذا كانت الإجابة نعم، فهل تعاني من ضيق شديد في التنفس؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you have a locally sharp chest pain when you take a breath?

هل تشعر بألم موضعي حاد في الصدر عند أخذ نفس؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Were you in a recent car accident or have you had other chest trauma?

هل تعرضت مؤخرًا لحادث سيارة أو أي صدمة أخرى للصدر؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you have a history of tuberculosis?

هل لديك تاريخ مرضي من الإصابة بالسل؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

☐ Not Sure لست متأكدًا

II. HEAD AND NECK

الرأس والرقبة

HEADACHE

صداع

☐ Mild بسيط

☐ Moderate متوسط

☐ Severe شديد

Duration

المدة

☐ Started today

بدأ اليوم

☐ Days

أيام

☐ Comes and goes

يأتي ويزول

Would you describe the headache as “the worse headache of your life”

هل تصف الصداع بأنه “أسوأ صداع شعرت به في حياتك”

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you have a history of high blood pressure?

هل لديك تاريخ من الإصابة بارتفاع ضغط الدم؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you take a medication for the high blood pressure?

هل تتناول دواءً لعلاج ارتفاع ضغط الدم؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you currently take a medication to “thin your blood”?

هل تتناول حاليًا دواءً “خاصًا بتخثر الدم”؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you have a prior history of blood clots in your legs or lungs?

هل لديك تاريخ سابق من الإصابة بجلطات دموية في الساقين أو الرئة؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you have a history of a heart defect since birth?

هل لديك تاريخ مرضي من الإصابة بعيوب خلقية في القلب؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

☐ Not Sure لست متأكدًا

If yes, has the heart defect been surgically corrected?

إذا كانت الإجابة نعم، فهل تم تصحيح عيب القلب جراحيًا؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

☐ Not Sure لست متأكدًا

Dizziness/vertigo

الدوخة/الدوار

☐ Mild بسيط

☐ Moderate متوسط

☐ Severe شديد

Duration

المدة

☐ Started today

بدأ اليوم

☐ Days

أيام

☐ Comes and goes

يأتي ويزول

VISION

الرؤية

Blurred

ضبابية

☐ Yes نعم

☐ No لا

Visual Loss

فقدان البصر

☐ Partial

جزئي

☐ Complete

كامل

☐ Involving One Eye

في عين واحدة

☐ Involving Both Eyes

في كلا العينين

Neck pain or stiffness

ألم أو تيبس الرقبة

☐ Yes نعم

☐ No لا

Unable or difficult to move head to sides or down

عدم القدرة على تحريك الرأس إلى الجانبين أو لأسفل أو صعوبة القيام بذلك

☐ Yes نعم

☐ No لا

Are your eyes red, painful, or sensitive to light?

هل تعاني من احمرار العين أو ألم في العين أو حساسية تجاه الضوء؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Hearing loss

فقدان السمع

☐ Yes نعم ☐ No لا

Slurred speech or recent inability to speak

تلعثم في الكلام أو عدم القدرة على الكلام مؤخرًا

☐ Yes نعم ☐ No لا

Current arm or leg weakness

ضعف في الذراع أو الساق حاليًا

☐ Yes نعم ☐ No لا

Do you have a history of Atrial Fibrillation?

هل لديك تاريخ من الإصابة بالرجفان الأذيني؟

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

Do you have a history of an irregular heart beat (arrhythmia)?

هل لديك تاريخ من الإصابة بعدم انتظام ضربات القلب (اضطراب نظم القلب)؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

Does one side of your face droop?

هل تعاني من تدلي جانب واحد من وجهك؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

If you raise an arm, does it drift downward?

إذا قمت برفع أحد ذراعيك، فهل ينحرف إلى أسفل من تلقاء نفسه؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

Current Nose Bleed

نزيف حالي من الأنف

☐ Yes نعم ☐ No لا

Do you have bleeding from the ears?

هل لديك نزيف من الأذن؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

Do you have difficulty with swallowing?

هل تعاني من صعوبة في البلع؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

If yes, do you have difficulty swallowing?

إذا كانت الإجابة نعم، فهل تعاني من صعوبة في بلع؟

☐ Liquids السوائل ☐ Solids الأغذية الصلبة ☐ Pills أقراص الدواء

Do you have a history of sinus problems and/or current sinus pain?

هل لديك تاريخ من الإصابة بمشكلات الجيوب الأنفية و/أو ألم حالي في الجيوب الأنفية؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

Did you or your child swallow a chicken or a fish bone, or other foreign body?

هل ابتلعت أنت أو طفلك عظمة دجاجة أو سمكة أو جسم غريب آخر؟

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

Do you have sore throat pain?

هل لديك ألم بسبب احتقان الحلق؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

If you do have a sore throat, is the throat pain getting worse or not going away?

إذا كان لديك احتقان في الحلق، فهل يزداد ألم الحلق سوءًا أو لا يزول؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

If you do have a sore throat, for how long have you had it?

إذا كان لديك احتقان في الحلق، فممنذ متى تشعر به؟

☐ Pain started today

بدأ الألم اليوم

☐ A few days ago

قبل بضعة أيام

☐ More than a week ago

قبل أكثر من أسبوع

Do you have a history of epilepsy or a recent seizure?

هل لديك تاريخ مرضي من الإصابة بالصرع أو النوبات التشنجية مؤخرًا؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

Have you fainted or have you experienced loss of consciousness recently?

هل تعرضت للإغماء أو فقدان الوعي في الآونة الأخيرة؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

III. ABDOMINAL

البطن

Other foreign travel recently?

هل سافرت إلى دولة أجنبية أخرى في الآونة الأخيرة؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

Where _____

أين

Do you drink alcoholic beverages?

هل تتناول المشروبات الكحولية؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

Have you recently or are you currently vomiting?

هل تقيأت في الآونة الأخيرة أو تتقيأ حالياً؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

Would you describe the vomiting as

هل تصف القيء بأنه

☐ Mild بسيط ☐ Moderate متوسط ☐ Severe شديد

Bloody vomit

قيء دموي

☐ Yes نعم ☐ No لا

Duration of vomiting

مدة القيء

☐ Started today

بدأ اليوم

☐ Days

أيام

☐ Comes and goes

يأتي ويتوقف

Do you currently have diarrhea?

هل تعاني حالياً من الإسهال؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

If you currently have diarrhea, would you describe it as

إذا كنت تعاني من الإسهال حالياً، فهل تصفه بأنه

Bloody

دموي

☐ Yes نعم ☐ No لا

Duration of diarrhea

مدة الإسهال

☐ Days

أيام

☐ A Week

أسبوع

☐ Longer

مدة أطول

When you have a bowel movement do you have?

هل تعاني من أي مما يلي عندما تتبرز؟

☐ Dark to very dark stools

براز داكن أو داكن جدًا

☐ Blood in the stools

دم في البراز

Do you have periods of diarrhea followed by constipation?

هل تعاني من فترات من الإسهال يتبعها إمساك؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you currently have abdominal pain?

هل لديك ألم في البطن حاليًا؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

If you currently have abdominal pain, would you describe the pain as

إذا كان لديك ألم في البطن، فهل تصف الألم بأنه

☐ Mild بسيط

☐ Moderate متوسط

☐ Severe شديد

The abdominal pain is

ألم البطن في

☐ Right side

الجانب الأيمن

☐ Left side

الجانب الأيسر

☐ Mid-abdomen near your belly button

منتصف البطن، بالقرب من السرة

☐ All over your stomach

في منطقة المعدة

Duration of abdominal pain

مدة ألم البطن

☐ Started today

بدأ اليوم

☐ Days

أيام

☐ Comes and goes

يأتي ويتوقف

Pain starts in the abdomen but radiates to back

يبدأ الألم في البطن، لكنه يشع إلى الظهر

☐ Yes نعم

☐ No لا

Abdominal pain

ألم في البطن

☐ Decreases with eating

يقل مع تناول الطعام

☐ Unaffected by eating

لا يتأثر بتناول الطعام

Did you just eat something that's "making you feel sick"?

هل انتهيت للتو من تناول شيء ما "جعلك تشعر بالغثيان"؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you have a history of peptic ulcers?

هل لديك تاريخ من الإصابة بالقرح المعدية؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you have stomach pain after you eat something fatty or greasy?

هل تعاني من ألم في المعدة بعد تناول شيء دهني أو دسم؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Have you had your gallbladder surgically removed?

هل خضعت لجراحة لإزالة مرارتك؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Have you had dramatic non intended weight loss in the last few months?

هل تعرضت لفقدان شديد في الوزن خلال الأشهر القليلة الماضية دون تعمد إحداث ذلك؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

IV. GENITOURINARY

الجهاز البولي التناسلي

Do you currently have or have you ever had kidney stones?

هل تعاني حاليًا من حصوات في الكلى أو عانيت منها من قبل؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

☐ Not Sure لست متأكدًا

Do you currently have flank pain?

هل تعاني حاليًا من ألم في الجانب؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Are you currently on renal or peritoneal dialysis?

هل تخضع حاليًا للغسيل الكلوي أو غسيل الكلى البريتوني؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you currently have or have you ever had a urinary tract infection?

هل تعاني حاليًا من عدوى في المسالك البولية أو أصبت بها من قبل؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Are you sexually active?

هل أنت نشط جنسيًا؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

☐ I prefer not to answer

أفضل عدم الإجابة عن هذا السؤال

Are you HIV positive?

هل أنت مصاب بفيروس نقص المناعة البشري؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

☐ I prefer not to answer

أفضل عدم الإجابة عن هذا السؤال

FEMALES

النساء

Are you currently breast feeding?

هل ترضعين طفلك طبيعيًا في الوقت الحالي؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Are you pregnant?

هل أنتِ حامل؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

☐ Not Sure لست متأكدة

If yes, when was your last pelvic ultrasound?

إذا كانت الإجابة نعم، فمتى كانت آخر مرة أجريتي فيها تصويرًا بالموجات فوق الصوتية على الحوض؟

If yes, are you currently bleeding/or discharging per vagina?

إذا كانت الإجابة نعم، فهل تعانيين حاليًا من نزيف/أو إفرازات من المهبل؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

If yes, do you have pelvic pain that just started?

إذا كانت الإجابة نعم، فهل لديك ألم في الحوض بدأ الآن؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you have history of a prior pregnancy with associated complications?

هل لديك تاريخ من الحمل المصحوب بمضاعفات؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you have a prior history of a miscarriage?

هل لديك تاريخ سابق من التعرض للإجهاض؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you currently have lower abdominal or pelvic pain?

هل لديك حاليًا ألم أسفل البطن أو ألم في الحوض؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you have excessive or prolonged menstrual bleeding?

هل تعانيين من نزف غزير أو نزف لفترات طويلة أثناء الدورة الشهرية؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you have a current nipple discharge?

هل لديك حاليًا إفرازات من حلمة الثدي؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Have you recently felt a lump in your breast(s)?

هل شعرت مؤخرًا بوجود كتلة في ثديك(ثدييك)؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you have painless bleeding during urination?

هل تتزفين أثناء التبول دون الشعور بألم؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

MALES

الرجال

Do you currently have painful urination, and/or a penile discharge?

هل تعاني حاليًا من ألم أثناء التبول و/أو إفرازات من القضيب؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you have painless bleeding during urination?

هل تنزف أثناء التبول دون الشعور بألم؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you have to urinate often during the day, or do you get up frequently at night to urinate?

هل تضطر للتبول كثيرًا خلال اليوم أو هل تستيقظ مرارًا أثناء الليل للتبول؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you have difficulty during urination?

هل تعاني من صعوبة خلال التبول؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Did you sustain trauma to your testicles recently?

هل تعرضت لصدمة في خصيتك مؤخرًا؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

V. MUSCULOSKELETAL

الجهاز العضلي الحركي

Have you fallen or injured yourself causing back/neck, chest, arm, leg, or other skeletal body area pain and/or bleeding?

هل سقطت أو تعرضت لإصابة سببت ألمًا أو نزيفًا في الظهر/الرقبة أو الصدر أو الذراع أو الساق أو جزء آخر من الجسم؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

If yes, where does it currently hurt?

إذا كانت الإجابة نعم، فأين موضع الإصابة؟

☐ Head

الرأس

☐ Neck

الرقبة

☐ Back

الظهر

☐ Chest/ribs

الصدر/الضلوع

☐ Right side

الجانب الأيمن

☐ Left side

الجانب الأيسر

☐ Right shoulder

الكتف الأيمن

☐ Right upper arm

الجزء العلوي من الذراع الأيمن

☐ Right elbow

المرفق الأيمن

☐ Right lower arm

الجزء السفلي من الذراع الأيمن

☐ Right wrist

المعصم الأيمن

☐ Right hand

اليدين اليمنى

☐ Right fingers

أصابع اليدين اليمنى

☐ Right hip

الورك الأيمن

☐ Right upper leg

الجزء العلوي من الساق اليمنى

☐ Right knee

الركبة اليمنى

☐ Right lower leg

الجزء السفلي من الساق اليمنى

☐ Right ankle

الكاحل الأيمن

☐ Right foot

القدم اليمنى

☐ Left shoulder

الكتف الأيسر

☐ Left upper arm

الجزء العلوي من الذراع الأيسر

☐ Left elbow

المرفق الأيسر

☐ Left lower arm

الجزء السفلي من الذراع الأيسر

☐ Left wrist

المعصم الأيسر

☐ Left hand

اليد اليسرى

☐ Left fingers

أصابع اليد اليسرى

☐ Left hip

الورك الأيسر

☐ Left upper leg

الجزء العلوي من الساق اليسرى

☐ Left knee

الركبة اليسرى

☐ Left lower leg

الجزء السفلي من الساق اليسرى

☐ Left ankle

الكاحل الأيسر

☐ Left foot

القدم اليسرى

Do you have a prior history of blood clots in your legs?

هل لديك تاريخ سابق من الإصابة بجلطات دموية في الساقين؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you currently have pain in the back of your knee?

هل تعاني حاليًا من ألم خلف الركبة؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you have pain and/or muscle stiffness?

هل تعاني من ألم و/أو تيبس في العضلات؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

If yes, is the muscle pain or rigidity chronic?

إذا كانت الإجابة نعم، فهل ألم العضلات أو تيبسها أمر مزمن؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you currently have soft tissue swelling due to trauma?

هل تعاني حاليًا من تورم في الأنسجة الرخوة بسبب صدمة؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Is the soft tissue swelling possibly associated with an abscess or an infection?

هل يرتبط تورم الأنسجة الرخوة بوجود خراج أو عدوى؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Does the swelling appear warm to the touch?

هل يبدو التورم دافئًا عند لمسه؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Does the swelling appear to be hard or unmovable?

هل يبدو التورم صلبًا أو لا يمكن تحريكه؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

VI. SKIN

الجلد

Have you had any recent insect bites (mosquitoes, spiders, ticks, or other insects)?

هل تعرضت مؤخرًا للدغ حشرات (ناموس أو عنكب أو قراد أو حشرات أخرى)؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

☐ Not Sure لست متأكدًا

Have you just had a bite/scratch from a snake, dog, cat, or other animal?

هل تعرضت منذ قليل لعضة/خدش من ثعبان أو كلب أو قطة أو حيوان آخر؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you have any unusual skin sores, welts, rashes, or other skin lesions?

هل لديك أي قرح غير طبيعية أو كدمات أو طفح جلدي أو أي آفات جلدية أخرى؟

☐ Yes نعم

☐ No لا

Do you have a history of a prior allergic skin reaction (contact dermatitis) to different soaps or other substances applied to the skin?

هل لديك تاريخ سابق من الإصابة برد فعل تحسسي (التهاب الجلد التماسي) تجاه أنواع مختلفة من الصابون أو تجاه مواد أخرى توضع على الجلد؟

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

Did you recently step on glass, a nail, or other foreign body that pierced your skin?

هل دوست مؤخرًا على زجاج أو مسمار أو جسم غريب آخر اخترق جلدك؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

If so, which part of your body?

إذا حدث ذلك، فما هو الجزء المصاب من جسمك؟

Do you currently have a severe sunburn?

هل لديك حروق شمس شديدة حاليًا؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

VII. DENTAL HISTORY

تاريخ الأسنان

Do you have a history of having had rheumatic fever?

هل لديك تاريخ من الإصابة بالحمى الروماتيزمية؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

Do you have a history of mitral valve prolapse?

هل لديك تاريخ من الإصابة بتدلي الصمام المترالي؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

Do you typically have an antibiotic prescribed prior to any dental procedure including a dental cleaning?

هل يُصَف لك عادةً مضاد حيوي قبل أي إجراء خاص بالأسنان، بما في ذلك تنظيف الأسنان؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

Are you allergic to penicillin?

هل لديك حساسية من البنسيلين؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

Are you allergic to other antibiotics?

هل لديك حساسية تجاه مضادات حيوية أخرى؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

If yes, which one(s)

إذا كانت الإجابة نعم، فما هي

TOOTHACHE

ألم الأسنان

☐ Mild بسيط

☐ Moderate متوسط

☐ Severe شديد

Pain Duration

مدة الألم

☐ Just started

بدأ الآن

☐ Occasional

أحياناً

☐ Present for a long time

يستمر لفترة طويلة

☐ Sporadic (On and Off)

متقطع (يأتي ويزول)

Where is the pain?

أين مكان الألم؟

☐ (Maxillary) top right side

(الفك العلوي) الجانب الأيمن

☐ (Maxillary) top left side

(الفك العلوي) الجانب الأيسر

☐ (Mandibular) bottom right side

(الفك السفلي) الجانب الأيمن

☐ (Mandibular) bottom left side

(الفك السفلي) الجانب الأيسر

Pain increases with

يزداد الألم مع

☐ Cold foods/liquids

الأطعمة/السوائل الباردة

☐ Hot foods/liquids

الأطعمة/السوائل الساخنة

☐ Chewing

المضغ

The toothache is associated with local swelling

ألم الأسنان مصحوب بتورم موضعي

☐ Yes نعم ☐ No لا

The toothache is associated with sinus type pain

ألم الأسنان مرتبط بألم من نوع ألم الجيوب الأنفية

☐ Yes نعم ☐ No لا

Do you have other areas of jaw swelling?

هل لديك تورم في أجزاء أخرى من الفك؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

If yes, where?

إذا كانت الإجابة نعم، فأين مكان التورم؟

☐ Under the tongue

أسفل اللسان

☐ Under the jaw

أسفل الفك

Do you have difficulty swallowing?

هل تعاني من صعوبة في البلع؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

Do you presently have dentures?

هل لديك طقم أسنان في الوقت الحاضر؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

If yes, do the dentures hurt when you wear them?

إذا كانت الإجابة نعم، فهل يؤلمك طقم الأسنان عندما تضعه؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

Would you like another set of dentures made?

هل ترغب في أن يُصنع لك طقم أسنان آخر؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

ABOUT THE AUTHOR

نبذة عن المؤلف

George P. Ciporkin, D.D.S., M.D., the author of this potentially life saving series, brings years of training and clinical experience in both medicine and dentistry into the series' design.

He received a Bachelor of Science degree from Duke University, a D.D.S. degree from Northwestern University, and an M.D. degree from The Medical College of Ohio in the United States.

He has traveled and lived abroad, and has formally studied several foreign languages.

جورج ب. سيپوركين، طبيب أسنان وطبيب بشري، مؤلف هذه السلسلة التي يمكن أن تنقذ الحياة، يجلب إلى تصميم هذه السلسلة سنوات من التدريب والخبرة السريرية في كل من الطب وطب الأسنان. وهو حاصل على درجة البكالوريوس في العلوم من جامعة ديوك، وبكالوريوس جراحة الأسنان من جامعة نورث وسترن، وبكالوريوس الطب من كلية الطب في أوهايو في الولايات المتحدة. وقد سافر وعاش في الخارج، ودرس رسميًا عدة لغات أجنبية.

MEDICAL HISTORY - SYSTEMS REVIEW

التاريخ الطبي - استعراض الأجهزة

Do you have a history of hemophilia or other coagulation deficiency with an increased tendency to bleed?

هل لديك تاريخ إصابة بمرض الهيموفيليا أو نقص التخثر مع زيادة الميل إلى النزف؟

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

Do you have diabetes?

هل تعاني من مرض السكري؟

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Not Sure لست متأكدًا

If you have diabetes, are you on

إذا كنت مصابًا بمرض السكري، فهل تتناول

☐ Oral diabetes medication(s)

دواء (أدوية) لعلاج السكري عن طريق الفم

☐ Do you inject insulin?

هل تتلقى حقن الأنسولين؟

If you have a history of diabetes, do you currently have?

إذا كان لديك تاريخ للإصابة بمرض السكري، فهل تعاني حاليًا من؟

☐ Nausea or vomiting

☐ Excessive thirst

The **Global Health Passport** gives the traveler peace of mind in knowing that he or she can quickly and easily convey personalized medical information abroad to healthcare personnel who are not fluent in the traveler's native language. The series are designed to provide concise, but thorough medical information particularly for travelers who encounter a medical emergency abroad or who are engaged in medical tourism. **Safe Travels!**

جواز السفر الصحي العالمي يمنح المسافر راحة ذهنية بمعرفته أنه يستطيع أن يُصل بسرعة وسهولة، أثناء وجوده في الخارج، المعلومات الطبية الشخصية إلى موظفي الرعاية الصحية الذين لا يجيدون اللغة الأصلية للمسافر. وتهدف هذه السلسلة إلى توفير معلومات طبية موجزة، ولكن شاملة، لا سيما تلك الخاصة بالمسافرين الذين يواجهون حالة طبية طارئة أثناء تواجدهم خارج البلاد أو الذين يمارسون السياحة الطبية. نتمنى لكم رحلات سفر آمنة!