



medica

שאלון בריאות

استبيان صحة

سؤال	نعم	لا	فصل
1. هل تعاني/ن من امراض قلب؟ (احتشاء عضلة القلب، فشل القلب، منظم ضربات قلب، قسطرة)			فصل المرض وتاريخ التدخل العلاجي
2. هل تعاني/ن من ضغط الدم عالي؟			
3. هل تعاني/ن من مرض السكري؟			
4. هل تعاني/ن من مرض الرئة؟			
5. هل تعاني/ن من أمراض في الجهاز الهضمي؟ (حرقة، ارتجاع معدي)			
6. هل تعاني/ن من مرض الكلى؟ (القصور الكلوي، الحجارة، مرض مزمن)			
7. هل تعاني/ن من أمراض الجهاز العصبي؟ (الاختلاج)			
8. هل تعاني/ن من أمراض العضلات؟			
9. هل لديك أي اضطرابات في آلية تخثر؟ (نزيف وكدمات)			
10. هل تتناول/ين ادوية مضادة للتخثر (ترقق الدم)			فصل/ي هذه الأدوية
11. هل أنت حامل؟			
12. هل عولجت بأدوية نفسية؟			فصل/ي هذه الأدوية
13. هل تحمل فيروس نقص المناعة البشرية، التهاب الكبد، C, B تليف الكبد؟			فصل/ي
14. هل لديك أمراض أخرى لم تذكر في الاستبيان؟			يرجى تفصيلها
15. هل تستخدم/ين المخدرات؟			
16. شربت الكحول بانتظام			كم كأس باليوم
17. هل عانيت/ي من الإنفلونزا، زكام خلال الأسبوعين الماضيين؟			
18. حساسية للأدوية؟			
19. حساسية ل-LATEX؟			
20. هل تدخن/ين؟			
21. هل أنت قادرة/ة على الصعود إلى الطابق الثاني باستخدام الدرج؟			
22. استراحات النوم (شخير)			
23. عمليات جراحية في الماضي؟			
24. مضاعفات تخدير في عمليات جراحية سابقة؟			
25. مبيت في المستشفيات في الماضي؟			
26. حالة الأسنان - هل لديك تيجان / زرع			
27. هل تتناول/ين أدوية بانتظام؟			فصل/ي

أقر بأن جميع الإجابات التي قدمتها صحيحة

توقيع المتعالج/ة

تاريخ: