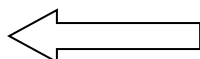


البيانات الشخصية		اسم العائلة	الأسماء الشخصية
الرقم الشخصي		بلدية السكن	
رقم الهاتف للبيت/العمل		المهنة/المؤسسة التعليمية	
العنوان			
الرمز البريدي		المكان البريدي (المدينة)	

الصحة	<p>سبب المجيء للعلاج _____</p> <p>هل تستخدم أي دواء بشكل مُنظم؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم ما هو الدواء؟ _____</p> <p>هل لديك الآن أو هل كل لديك من قبل أي من الأمراض التالية؟</p> <p><input type="checkbox"/> حساسية (الأدوية، المواد الغذائية، المطاط) ما هو؟ _____</p> <p><input type="checkbox"/> مرض قلب أو أوعية دموية (آلم صدر، جلطة، جهاز مُنظم لدقات القلب، عطب في الصمام، صمام اصطناعي)</p> <p><input type="checkbox"/> جلطة في الدماغ</p> <p><input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم</p> <p><input type="checkbox"/> مرض دم، فقر دم، القابلية لحدوث نزيف الدم</p> <p><input type="checkbox"/> السكري، قيمة HbA1c: _____</p> <p><input type="checkbox"/> الربو أو مرض آخر للجهاز التنفسي</p> <p><input type="checkbox"/> الروماتزم</p> <p><input type="checkbox"/> هشاشة العظام</p> <p><input type="checkbox"/> اضطرابات التطور العصبية</p> <p><input type="checkbox"/> مرض نفسي</p> <p><input type="checkbox"/> مرض مُعدي عن طريق الدم (فيروس نقص المناعة البشرية HIV، التهاب الكبد C، شيء آخر)</p> <p><input type="checkbox"/> MRSA أو VRE أو ESBL أو بكتيريا أخرى تتسبب بانتشار العدوى بسهولة في المستشفيات</p> <p><input type="checkbox"/> مرض آخر ما هو؟ _____</p> <p>يتوجب أن يُؤخذ بعين الاعتبار عند علاج الفم والأسنان</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> نعم</td> <td><input type="checkbox"/> لا</td> <td>هل حصلت على علاج بالأشعة لمنطقة الرأس أو الرقبة؟</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> نعم</td> <td><input type="checkbox"/> لا</td> <td>هل لديك في الوقت الحاضر علاج مُثبِّط للخلايا؟</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> نعم</td> <td><input type="checkbox"/> لا</td> <td>هل لديك مفصل اصطناعي/وعاء دموي منقول؟</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> نعم</td> <td><input type="checkbox"/> لا</td> <td>هل أجريت لك عملية زرع أعضاء؟</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> نعم</td> <td><input type="checkbox"/> لا</td> <td>هل تستخدم أو هل استخدمت دواء بخصوص هشاشة العظام؟</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> نعم</td> <td><input type="checkbox"/> لا</td> <td>هل تستخدم أدوية بيولوجية؟</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> نعم</td> <td><input type="checkbox"/> لا</td> <td>هل تستخدم المُنتجات الطبيعية؟</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> نعم</td> <td><input type="checkbox"/> لا</td> <td>هل أنت حامل؟</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> نعم</td> <td><input type="checkbox"/> لا</td> <td>هل تم تخديرك مُطلقاً قبل ذلك؟</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> نعم</td> <td><input type="checkbox"/> لا</td> <td>هل نشأت أضرار عن التخدير الموضعي؟</td> </tr> </table> <p>ما هي _____</p>	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل حصلت على علاج بالأشعة لمنطقة الرأس أو الرقبة؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل لديك في الوقت الحاضر علاج مُثبِّط للخلايا؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل لديك مفصل اصطناعي/وعاء دموي منقول؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل أجريت لك عملية زرع أعضاء؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل تستخدم أو هل استخدمت دواء بخصوص هشاشة العظام؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل تستخدم أدوية بيولوجية؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل تستخدم المُنتجات الطبيعية؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل أنت حامل؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل تم تخديرك مُطلقاً قبل ذلك؟	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل نشأت أضرار عن التخدير الموضعي؟
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل حصلت على علاج بالأشعة لمنطقة الرأس أو الرقبة؟																													
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل لديك في الوقت الحاضر علاج مُثبِّط للخلايا؟																													
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل لديك مفصل اصطناعي/وعاء دموي منقول؟																													
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل أجريت لك عملية زرع أعضاء؟																													
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل تستخدم أو هل استخدمت دواء بخصوص هشاشة العظام؟																													
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل تستخدم أدوية بيولوجية؟																													
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل تستخدم المُنتجات الطبيعية؟																													
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل أنت حامل؟																													
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل تم تخديرك مُطلقاً قبل ذلك؟																													
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	هل نشأت أضرار عن التخدير الموضعي؟																													



العوامل التي تؤثر على صحة الفم والأسنان

أنظف أسناني بالفرشاة ☐ مرتين في اليوم ☐ مرة واحدة في اليوم ☐ أقل من ذلك  
أستخدم معجون أسنان يحتوي على الفلور ☐ لا ☐ نعم

أنظف أسناني \_\_\_\_\_ بالفرشاة

أنظف الفراغات فيما بين الأسنان ☐ مرة واحدة في اليوم ☐ بضع مرات في الأسبوع ☐ أقل من ذلك

أستخدم لتنظيف الفراغات فيما بين الأسنان \_\_\_\_\_

المنتجات الأخرى لرعاية وعلاج الفم/ تنظيف الأسنان الاصطناعية \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

أتناول \_\_\_\_\_ وجبة يوميًا

أتناول وجبات طعام خفيفة أو وجبات سريعة يوميًا \_\_\_\_\_ مرة

أشرب عندما أعطش \_\_\_\_\_

أشرب يوميًا

☐ المشروبات الغازية أو العصير ☐ المشروبات الرياضية أو مشروبات الطاقة

☐ مشروبات حلوة أو حامضة أخرى ☐ لا أشرب أي من هذه

لدي نظام غذائي خاص ☐ لا ☐ نعم \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

أستخدم مستحضرات الأكسيليترول بانتظام (علكة أو حبوب) ☐ لا ☐ نعم

أدخن التبغ أو أستخدم السعوط/أكياس النيكوتين ☐ لا ☐ نعم \_\_\_\_\_ مرة في اليوم

أستخدم السيارة الإلكترونية ☐ لا ☐ نعم \_\_\_\_\_ مرة في اليوم

أستخدم المشروبات الكحولية ☐ لا ☐ نعم \_\_\_\_\_ جرعة في الأسبوع

أستخدم مواد مُخدرة ☐ لا ☐ نعم \_\_\_\_\_

ملاحظتي بشأن حالة الفم والأسنان

ملاحظة

الذي يبلغ 12 - 17 سنة من عمره ☐ يجوز تسليم بياناتي إلى ولي الأمر ☐ لا يجوز تسليم بياناتي إلى ولي الأمر .  
تقوم بجباية من الذين أتموا 18 سنة من أعمارهم مدفوعات عن الموعد الذي لم يتم استخدامه ولا إلغاؤه وفقًا لتشريع المدفوعات

التاريخ،  
التوقيع

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ 20

\_\_\_\_\_