

עמדה קיביל העמליה הגרחייה וالتخدير (שאלוה הגהרת בריאות למרפאת טרום)

استبيان عن تصريح صحة المعالج

תאריך \_\_\_\_\_

הדפ זהו الاستبيان تقييم حالتك الطبية الصحية، يرجى اتمام تعبئة التفاصيل في الاستبيان وأن تجلبه معك في ختام الزيارة. سيطلب منك خلال الزيارة أن تقدم هذا الاستبيان للطاقم الطبي في العيادة. من شأن اتمام الاستبيان مسبقاً أن يقلص مدة الاجراءات خلال الزيارة.

**عام:**

1. هل لديك حساسية لأدوية/ أغذية؟  
نعم / لا
2. هل تتلقى أدوية بشكل دوري؟  
نعم / لا
3. هل تتلقى علاجاً بأدوية تَمَيِّيع للدم؟  
نعم / لا  
إذا كان الجواب بنعم، أي أدوية تتناول \_\_\_\_\_
4. مدخن؟ كم سيجارة يومياً \_\_\_\_\_، منذ كم سنة \_\_\_\_\_  
نعم / لا
5. هل تحتسي الكحول؟ كم كأساً باليوم \_\_\_\_\_  
نعم / لا
6. هل تتعاطى المخدرات؟ أي نوع \_\_\_\_\_  
نعم / لا

**خلفية صحية:**

**أمراض القلب والأوعية الدموية:**

1. هل تعاني من ضغط الدم؟  
نعم / لا
  2. هل تعاني أحياناً من أوجاع في الصدر (الذبحة الصدرية)؟  
نعم / لا
  3. هل تستصعب صعود السلالم (الدرجات لأكثر من طابقين)، قصر النفس، أوجاع بالصدر؟  
نعم / لا
  4. هل عانيت بالماضي من جلطة / سكتة قلبية و/ أو أي حادثة قلبية أخرى؟  
نعم / لا
  5. هل أجريت زراعة لجهاز تنظيم ضربات القلب / **קוצב לב**؟  
نعم / لا
  6. هل تعلم عن عيب خلقي للقلب؟  
نعم / لا
  7. هل تعاني من اضطرابات بوتيرة نبض القلب؟  
نعم / لا
  8. هل تعاني من نوبة قلبية؟  
نعم / لا
  9. هل أجريت عملية جراحية للقلب أو قسطرة تشمل ادخال بالون أو دعامة؟  
نعم / لا
  10. هل أجريت فحوصات ك- :رسم القلب  
نعم / لا
- قسطرة  
نعم / لا

11. هل تخضع للرقابة من قبل طبيب أخصائي القلب والأوعية الدموية؟ في حال أجبت بنعم، متى كانت زيارتك الأخيرة \_\_\_\_\_ :  
 نعم / لا
12. هل تعاني من عرج معين بالتقدمين بشكل متقطع؟  
 نعم / لا
13. هل أجريت عملية جراحية بالأوعية الدموية؟  
 نعم / لا

#### خلفية عصبية:

1. هل عانيت من جلطة دماغية (CVA / TIA)؟  
 نعم / لا
2. هل تعاني من الايبليسيا الصرع؟  
 نعم / لا
3. هل أجريت فحص دوبلر شريان الرقبة / كروتيس؟  
 نعم / لا
4. هل أجريت عملية جراحية بالرأس؟ اذا كان نعم، متى؟ \_\_\_\_\_  
 نعم / لا
5. هل تخضع للرقابة من قبل طبيب أخصائي الأمراض العصبية / جراح أعصاب ودماع؟ في حال أجبت بنعم، متى كانت زيارتك الأخيرة \_\_\_\_\_ :  
 نعم / لا

#### خلفية تنفسية (الرئتين):

1. هل تعاني من مرض تنفسي ك: الربو، اضطرابات بالتنفس، السل  
 نعم / لا
2. هل أجريت فحصاً لأداء الرئتين **תפקודי ראות**؟ في حال أجبت بنعم، متى؟ \_\_\_\_\_  
 نعم / لا
3. هل أجريت جراحة أو فحص تشريحي للجهاز التنفسي؟  
 نعم / لا
4. هل تعاني من انقطاع النفس خلال النوم؟  
 نعم / لا
5. هل تستعين بجهاز CPAP / BPAP؟  
 نعم / لا
6. هل تستخدم الأكسجين بالبيت؟  
 نعم / لا

#### خلفية الأوعية الدموية:

1. هل توجد مشكلة بالأوعية الدموية ك: اضطرابات بتخثر الدم، فقر الدم المزمن، ميل للزيف، غير ذلك؟ اذا كان الجواب بنعم، أيها؟ \_\_\_\_\_  
 نعم / لا

#### خلفية للغدد الصماء:

1. هل تعاني من السكري؟  
 نعم / لا
2. في حال أجبت بنعم، هل تعالج السكري بالانسولين؟  
 نعم / لا
3. في حال أجبت بنعم، هل تتناول السكري بتناول الأقراص والحبوب؟  
 نعم / لا
4. هل معلوم لدين عن اضطراب بأداء الغدة الصماء؟  
 نعم / لا
5. هل تخضع للرقابة من قبل طبيب أخصائي الغدد الصماء؟ في حال أجبت بنعم، متى كانت زيارتك الأخيرة \_\_\_\_\_ :  
 نعم / لا

### חלפיה לאמراض الكلى:

1. هل تعاني من مرض بالكلى - فشل كلويوي نعم / لا
2. هل أجريت زراعة كلية؟ نعم / لا
3. هل تتلقى علاج الدياليزا (غسيل الكلى) نعم / لا
4. هل تخضع للرقابة من قبل طبيب أخصائي كلّي؟ في حال أجبت بنعم، متى كانت زيارتك الأخيرة \_\_\_\_\_ : نعم / لا

### خلفية الجهاز الهضمي:

1. هل تعاني من القرحة؟ نعم / لا
2. هل لديك مشكلة بالكبد (الاصفرار / اليرقان، التهاب الكبد، التليف الكبدي) نعم / لا
3. هل تعاني من القرحة الهضمية النازفة؟ نعم / لا

### عمليات جراحية:

1. هل خضعت لعمليات جراحية في الماضي؟ نعم / لا
2. هل خضعت لتخدير كليّ للجسد في الماضي؟ في حال أجبت بنعم، هل عانيت من مشكلة بالتخدير؟ يرجى التفصيل \_\_\_\_\_ نعم / لا

### خلفية نفسية:

1. هل حصلت في الماضي أو الحاضر على علاج نفسي سريري؟ نعم / لا
2. هل تتلقى العلاج بأدوية نفسية؟ في حال أجبت بنعم، أية أدوية؟ نعم / لا

ملاحظات

---

---

تتمنى لكم النجاح والشفاء العاجل، طاقم عيادة قبيل العملية الجراحية والتخدير،

المركز الطبي "الكرمل"