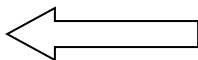


اسم العائلة	الأسماء الشخصية	البيانات الشخصية
الرقم الشخصي	بلدية السكن	
رقم الهاتف للبيت/العمل	المهنة/المؤسسة التعليمية	
العنوان		
الرمز البريدي	المكان البريدي (المدينة)	
<p>سبب المجيء للعلاج _____</p> <p>هل تستخدم أي دواء بشكل مُنتظم؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم ما هو الدواء؟</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</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 (ألم صدر، جلطة، جهاز مُنظم لِدقات 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> <p>هل حصلت على علاج بالأشعة لمنطقة الرأس أو الرقبة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هل لديك في الوقت الحاضر علاج مُثبِت للخلايا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هل لديك مفصل اصطناعي/وعاء دموي منقول؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هل أجريت لك عملية زرع أعضاء؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هل تستخدم أو هل استخدمت دواء بخصوص هشاشة العظام؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هل تستخدم أدوية بيولوجية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هل تستخدم المُنتجات الطبيعية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هل أنت حامل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هل تم تخديرك مُطلقاً قبل ذلك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>هل نشأت أضرار عن التخدير الموضعي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>ما هي _____</p>		الصحة



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

استخدم 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

لا أشرب أي من هذه

مشروبات حلوة أو حامضة أخرى

لدي نظام غذائي خاص لا نعم _____

أستخدم مستحضرات الأكسليبتول بانتظام (علكة أو حبوب) لا نعم

أدخن التبغ أو أستخدم السعوط 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 ____ / ____
