

<i>mohd.n.saeed@gmail.com</i>		البريد الإلكتروني:	055 844 4833
		الجنسية:	ماران
ذكر	أنثى	الجنس:	ذكر
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
أخرى	الجريدة	الإنترنت	الأصدقاء أو العائلة
كيف سمعت عننا؟ عن طريق:			

ماريا محمد

اسم:

رقم الهاتف:

2018/12/08 تاريخ الميلاد:

التاريخ الطبي

يمكن أن تؤثر بعض الحالات الطبية على علاج الأسنان والعكس صحيح.

يرجى إكمال هذا النموذج من خلال الإجابة على الأسئلة.

سبب الزيارة أو الشكوى الرئيسية: *مغص في الفم*

أخرى، يرجى التحديد	لا	نعم	جميع التفاصيل ستكون سرية للغاية.
	<input checked="" type="checkbox"/>		هل أنت تحت أي رعاية طبية الآن؟
	<input checked="" type="checkbox"/>		هل تتناول أي أدوية أو حبوب؟
	<input checked="" type="checkbox"/>		هل سبق لك أن دخلت المستشفى أو أجريت لك عملية جراحية كبيرة؟
	<input checked="" type="checkbox"/>		هل عانيت من أي مضاعفات بعد علاج الأسنان؟
	<input checked="" type="checkbox"/>		هل أنت مدخن؟

هل لديك أو كان لديك أي مما يلي:

الإغماء / النوبات	<input type="checkbox"/>	الحنن الروماتيزمية	<input type="checkbox"/>	ضفت دم منخفض	<input type="checkbox"/>	ضفت دم مرتفع	<input type="checkbox"/>
سرطان الدم	<input type="checkbox"/>	الصرع	<input type="checkbox"/>	نوبة قلبية	<input type="checkbox"/>	الريبو	<input checked="" type="checkbox"/>
أمراض الرئة	<input type="checkbox"/>	مرض كبدى	<input type="checkbox"/>	مرض كلوي	<input type="checkbox"/>	مرض قلبى	<input type="checkbox"/>
التهاب الكبد / اليرقان	<input type="checkbox"/>	السل	<input type="checkbox"/>	السكري	<input type="checkbox"/>	مشاكل الغدة الدرقية	<input type="checkbox"/>
مرض نقص المناعة (إيدز)	<input type="checkbox"/>	السرطان	<input type="checkbox"/>	التهاب المفاصل	<input type="checkbox"/>	سكنة دماغية	<input type="checkbox"/>
		آخر، يرجى التحديد:	<input type="checkbox"/>	مرض كروتوغريلد جاكوب	<input type="checkbox"/>		

أخرى، يرجى التحديد	لا	نعم	هل لديك حساسية، أو هل حدث لك أي رد فعل عكسي لأي مما يلي:
	<input checked="" type="checkbox"/>		التخدير الموضعي (نوفوكاين)
	<input checked="" type="checkbox"/>		البنسلين أو، المضادات الحيوانية
	<input checked="" type="checkbox"/>		الأسبرلين أو الأيبوبروفين (البنادول)
	<input checked="" type="checkbox"/>		حساسية أو رد فعل عكسي من المعادن
	<input checked="" type="checkbox"/>		الم المنتجات المطاطية مثل القفازات أو الحواجز المطاطة
	<input checked="" type="checkbox"/>		المنتجات الغذائية
أخرى، يرجى التحديد	نعم		أسئلة إضافية للنساء.
	<input checked="" type="checkbox"/>		هل أنتحامل أو تحاولين الحمل؟
			إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو تاريخ الإنجاب المتوقع:
		<input checked="" type="checkbox"/>	هل تتناولين موائع الحمل عن طريق الفم؟

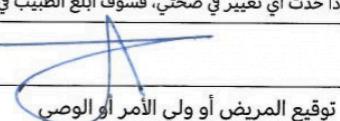
يرجى تحديد الرقم الذي يعبر عن شدة الألم الحالية على أفضل نحو



على حد علمي، فإن جميع الإجابات والمعلومات السابقة صحيحة.
إذا حدث أي تغيير في صحتي، فسوف أبلغ الطبيب في الموعد التالي دون تردد.

30/07/2023

التاريخ


 توقيع المريض أو ولي الأمر أو الوصي