



DENTISTREE DENTAL CLINIC

884

رقم الملف :

اسم : <u>مباريا محمد</u>	رقم الهاتف : <u>0558444833</u>	البريد الإلكتروني : <u>mohd.n.saeed@gmail.com</u>
الجنس : <input checked="" type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر	تاريخ الميلاد : <u>2018/2008</u>	الجنسية : <u>الإمارات</u>
كيف سمعت عنا؟ عن طريق : <input type="checkbox"/> الأصدقاء أو العائلة <input type="checkbox"/> الإنترنت <input type="checkbox"/> الجريدة <input type="checkbox"/> أخرى		

التاريخ الطبي

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

يرجى اكتمال هذا النموذج من خلال الإجابة على الأسئلة.

سبب الزيارة أو الشكوى الرئيسية : تقويم

أخرى، يرجى التحديد	لا	نعم
جميع التفاصيل ستكون سرية للغاية.		
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؟	<input checked="" type="checkbox"/>	

هل لديك أو كان لديك أي مما يلي :

<input type="checkbox"/> ضغط دم مرتفع	<input type="checkbox"/> ضغط دم منخفض	<input type="checkbox"/> الحمى الروماتيزمية	<input type="checkbox"/> الإغماء / النوبات
<input checked="" type="checkbox"/> الربو	<input type="checkbox"/> نوبة قلبية	<input type="checkbox"/> الصرع	<input type="checkbox"/> سرطان الدم
<input type="checkbox"/> مرض قلبي	<input type="checkbox"/> مرض كلوي	<input type="checkbox"/> مرض كبدي	<input type="checkbox"/> أمراض الرئة
<input type="checkbox"/> مشاكل الغدة الدرقية	<input type="checkbox"/> السكري	<input type="checkbox"/> السل	<input type="checkbox"/> التهاب الكبد / اليرقان
<input type="checkbox"/> سكتة دماغية	<input type="checkbox"/> التهاب المفاصل	<input type="checkbox"/> السرطان	<input type="checkbox"/> مرض نقص المناعة (إيدز)
<input type="checkbox"/> مرض كروتزفيلد جاكوب	<input type="checkbox"/> أخرى، يرجى التحديد :		

أخرى، يرجى التحديد	لا	نعم
هل لديك حساسية، أو هل حدث لك أي رد فعل عكسي لأي مما يلي :		
التخدير الموضعي (نوفوكاين)	<input checked="" type="checkbox"/>	
البنسلين أو المضادات الحيوية	<input checked="" type="checkbox"/>	
الأسبرين أو الأيبوبروفين (البنادول)	<input checked="" type="checkbox"/>	
حساسية أو رد فعل عكسي من المعادن	<input checked="" type="checkbox"/>	
المنتجات المطاطية مثل القفازات أو الحواجز المطاطية	<input checked="" type="checkbox"/>	
المنتجات الغذائية	<input checked="" type="checkbox"/>	

أخرى، يرجى التحديد	لا	نعم
أسئلة إضافية للنساء.		
هل أنتي حامل أو تحاولين الحمل؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو تاريخ الإنجاب المتوقع :		
هل تتناولين موانع الحمل عن طريق الفم؟	<input checked="" type="checkbox"/>	

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