

## Adult General History - Emergency - Arabic

التاريخ: 10/3/2006 10:22:09 AM

Date:

الاسم: \_\_\_\_\_

Name:

التاريخ الطبي السابق Past Medical History	مثال: example:	نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
1. يرجى وضع دائرة حول الأمراض التي سبق وأن عانى منها المريض: Please circle all that apply to the patient's medical history:				
A. السرطان Cancer		نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
B. ارتفاع في ضغط الدم High Blood Pressure		نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
C. مشاكل بالقلب Heart Problems		نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
D. السكر Diabetes / Sugar		نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
E. مشاكل بالرئة/الربو Lung Problems / Asthma		نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
F. نوبات الصرع Seizures		نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
G. جراحة Surgery		نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
H. أخرى-غير موجودة بالقائمة Other - Not Listed		نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
2. يرجى وضع دائرة حول جميع الأدوية التي يتعاطاها المريض أو سبق وأن تعاطاها: Please circle all medications the patient is taking or has been prescribed:				
A. حبة ضغط الدم / دواء القلب Blood Pressure Pill / Heart Medicine		نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
B. اسبرين / مسيلات الدم Aspirin / Blood Thinners		نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
C. إنسولين / حبة السكري Insulin / Diabetes Pill		نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
D. دواء نوبات الصرع Seizure Medicine		نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
E. أسيتامينوفين / إيبوبروفين Acetaminophen / Ibuprofen		نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
F. أخرى-غير موجودة بالقائمة Other - Not Listed		نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
3. هل تعاني من الحساسية تجاه الأدوية؟ Do you have any allergies to medicines?		نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure

## Adult General History - Emergency - Arabic

التاريخ: 10/3/2006 10:22:09 AM

Date:

الاسم: \_\_\_\_\_

Name:

### التاريخ الاجتماعي والعائلي

#### Social and Family History

4. هل تدخن حالياً أو اعتدت أن تدخن فيما سبق؟ <i>Do you now or have you ever smoked tobacco?</i>	نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
5. هل تحتسي الخمر حالياً أو اعتدت أن تحتسيه فيما سبق؟ <i>Do you now or have you ever consumed alcohol?</i>	نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
6. هل أصيب أي من أفراد أسرتك بمرض السرطان؟ <i>Has anyone in your family had cancer?</i>	نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
7. هل تعرض أي من أفراد أسرتك للإصابة بأزمة قلبية؟ <i>Has anyone in your family had a heart attack?</i>	نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure

### استعراض أجهزة الجسم

#### Review of Systems

8. هل تعاني من الصداع في بعض الأوقات؟ <i>Do you often have headaches?</i>	نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
9. هل تعاني من مشاكل في الرؤية؟ <i>Do you have problems with your vision?</i>	نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
10. هل تعاني من طنين الأذنين؟ <i>Do you have ringing in your ears?</i>	نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
11. هل تعاني من وجود أورام بالإبط أو الرقبة أو الفخذ؟ <i>Do you have lumps in your armpits, neck or groin?</i>	نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
12. هل تعاني من سرعة ضربات القلب؟ <i>Does your heart race or skip beats?</i>	نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
13. هل تسعل كثيراً؟ <i>Do you cough frequently?</i>	نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
14. هل برازك أسود أو داكن اللون؟ <i>Do you have black or dark stools?</i>	نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
15. هل تعاني من أي مشاكل بالتبول؟ <i>Do you have problems urinating?</i>	نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
16. هل تعاني من ألم في المفاصل؟ <i>Do you have aches and pains in your joints?</i>	نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure
17. هل تعرضت مؤخراً لفقدان الوزن دون أي مبررات منطقية؟ <i>Have you had recent unexplained weight loss?</i>	نعم Yes	لا No	غير متأكد Unsure

من فضلك اكتب اسم الشخص الذي يملا هذه الاستمارة  
*Please write the name of the person filling out this form*