

Dental Medical History Form - Arabic

كما هو الحال في كل عيادات طب الأسنان، نطلب من المرضى ان يمدونا بمعلومات عن الصحة العامة او عن اي أدوية تم اخذها لمساعدتنا في علاجهم بطريقة آمنة. يرجى كتابة تفاصيل الاتصال الشخصية أدناه، ويرجي الإجابة عن كل الأسئلة المتعلقة بالصحة و الإمضاء أسفل الاستمارة. في حالة وجود اي استفسار عن محتوى الاستمارة، او في حالة عدم القدرة على الإجابة عن بعض الأسئلة، يمكن طلب التوضيح من طبيب الأسنان المعالج. سيتم اطلاع المريض على الاستمارة التي قام بتعبئتها من قبل في اي زيارات مستقبلية للعيادة في حالة وجود اي تغيير في الصحة العامة للمريض. سيتم حفظ كل المعلومات الموجودة في هذه الاستمارة تحت بند سري للغاية.

Like all dentists, we may ask patients for information about their general health and any medicines being taken, to help us to treat them safely. Please write your contact details below, answer the health questions and then sign the form on the back page. If you have any questions about the form content, or feel you cannot answer some of the questions, please seek clarification from the Dentist treating you. We will show you the form at later visits so you can tell us whether there has been any change in your general health. All information will be kept strictly confidential.

اسم العائلة Surname	Title اللقب
الاسم الاول First name	
تاريخ الميلاد Date of Birth	
العنوان Address	
الرمز البريدي Post Code	
رقم ال CHI CHI	
<p>If we need to contact you by telephone and are unable to speak to you directly, do we have your consent to leave a message either on an answering machine or with the person who answers the phone at the number you have given us? YES NO</p> <p>اذا وجدت الحاجة للاتصال بك تليفونيا و لم نستطع التحدث معك مباشرة، هل توافق موافقة ضمنية علي ان نترك لك رسالة صوتية او رسالة مع الشخص الذي سيقوم بالرد علي رقم الهاتف الذي أعطيتنا إياه؟ نعم / لا</p>	
رقم تليفون المنزل Home Tel No	
رقم تليفون متاح خلال فترة النهار / رقم تليفون العمل Daytime / Work Tel No	
رقم الجوال Mobile Tel No	
تاريخ اخر معالجة سنية Date of last dental treatment	
هل انت معفي من رسوم العلاج السنوية؟ Are you exempt from dental charges? YES NO	نعم / لا
فئة الاعفاء Exemption category	
اسم الطبيب Doctor's name	
عنوان الطبيب Doctor's address	
رقم تليفون الطبيب Doctor's Tel No	
المهنة Occupation	

Give details التفاصيل	No لا	Yes نعم	Are you currently... هل انت حاليا
			01. Pregnant (١) حامل؟
			02. Receiving treatment from a doctor, hospital or clinic? (٢) تتلقي علاجاً من طبيب، مستشفى، او عيادة؟
			03. Taking any prescribed medicines (e.g. tablets, ointments, injections or inhalers, including contraceptives and hormone replacement therapy)? (٣) تتلقي اي وصفة علاجية مثل (أقراص، مرهم، حقنة، بخاخة، او اي من وسائل منع الحمل، او تتلقي علاجاً بالهرمونات البديلة)؟
			04. Carrying a medical warning card? (٤) حامل لبطاقة تحذيرية طبية؟
			05. Have you taken any steroids in last 12 months? (٥) قمت بتعاطي أية منشطات خلال ال ١٢ شهراً السابقة؟
			Do you suffer from ... هل تعاني من
			06. Allergies to medicines, food or substances? (٦) حساسية من اي نوع من (الأدوية، الأطعمة او اي مواد اخرى)؟
			07. Hay fever or eczema? (٧) حمى القش او الإكزيما؟
			08. Bronchitis, asthma or other chest conditions? (٨) التهاب الشعب الهوائية، ربو، او اي التهابات صدرية اخرى؟
			09. Fainting attacks, giddiness, blackouts or epilepsy? (٩) حالات إغماء، حالات دوام، حالات فقدان الذاكرة الموقته او الصرع؟
			10. Heart problems, angina, blood pressure problems, stroke or heart murmur? (١٠) أمراض قلبية، ذبحة صدرية، أمراض ضغط الدم، سكتة دماغية، او تعاني من لغط القلب (عدم انتظام في دقات القلب)؟
			11. Diabetes (or does anyone in your family?) (١١) مرض السكري (هل يعاني اي من أفراد العائلة من نفس المرض)؟
			12. Arthritis? (١٢) التهاب المفاصل؟
			13. Bruising or persistent bleeding following injury, tooth extraction or surgery? (١٣) وجود كدمات، نزيف مستديم بعد اي إصابة، قلع للأسنان او اي عملية جراحية؟
			14. Any infection or diseases? Including HIV and Hepatitis? (١٤) اي التهابات، او اي أمراض بما فيه فيروس الإيدز او التهاب الكبد الوبائي؟
Give details التفاصيل	No لا	Yes نعم	Did you, as a child or since, have: هل عانيت وانت طفل او عندما كبرت من:
			15. Rheumatic fever or chorea? (١٥) حمى روماتيزمية او مرض الرقاص (التشنج العصبي)؟
			16. Liver disease (e.g. jaundice, hepatitis) or kidney disease? (١٦) أمراض الكبد (الصفراء، التهاب الكبد الوبائي)، او أمراض الكلي؟
			17. Any other serious illness? (١٧) من اي مرض خطير؟

			18. Have you ever had your blood refused by the Blood Transfusion Service? (١٨) هل تم رفض دمك من قبل مركز نقل الدم؟
			19. A bad reaction to general or local anaesthetic? (١٩) اي اثر جانبي سيء جراء أخذ تخدير موضعي او تخدير كلي؟
			20. A joint replacement or other implant? (٢٠) تركيب مفصل بديل او زرع اي غرسة؟
			21. Treatment that required you to be in hospital? (٢١) تلقي اي علاج استدعي إقامتك لفترة في المستشفى؟
			22. Heart surgery? (٢٢) جراحة في القلب؟
			23. Brain surgery? (٢٣) جراحة في المخ؟
			24. Growth hormone treatment before the mid-1980's? (٢٤) تلقيت علاج بهرمونات النمو قبل منتصف الثمانينات؟
			25. A close relative (parent, sibling, child, grandparent or grandchild) with Creutzfeldt Jakob Disease (CJD)? (٢٥) هل يوجد من الاقارب من يعاني من مرض الاعتلال الدماغي الفيروسي الإسفنجي؟
			26. Any history of behavioural problems? (٢٦) من اي مشكلات سلوكية؟

Units per week وحدات الشرب خلال الأسبوع				Drinking شرب الكحول	
				27. How many units of alcohol do you drink per week? (A unit is half a pint of lager, a single measure of spirits or a singles glass of wine/aperitif) (٢٧) كم عدد وحدات الكحول التي تقوم باستهلاكها خلال الأسبوع؟ (الوحدة تعادل نصف لتر من الجعة، او مقياس واحد من المشروبات الروحية، او زجاجة واحدة من الخمر / اي مشروب كحولي فاتح للشهية).	
				Smoking and Chewing التدخين و المضغ المتعلق بالتدخين:	
Quantity الكمية	In Past في الماضي	No لا	Yes نعم		
				28. Do you smoke any tobacco products now (or did you in the past)? How many times per day? (٢٨) هل تقوم بتدخين اي منتجات تبغية في الوقت الحالي (او هل قمت بالتدخين من قبل)؟ كم مرة خلال اليوم؟	
				29. Do you chew tobacco, pan, use gutkha or supari now (or did you in past)? How many times per day? (٢٩) هل تقوم بمضغ التبغ، البان، الغوتكا، السوباري في الوقت الحالي؟ (او هل استعملت اي منها من قبل)؟ كم مرة خلال اليوم؟	

Please give any other details which your dentist might need to know about, such as self-prescribed medicines (eg Aspirin)

نرجو ذكر اي تفاصيل اخري يمكن ان يجدها طبيب الأسنان مفيدة، مثل تعاطي اي من الأدوية التي لا تحتاج الي وصفة طبية، مثل: الاسبرين

Form completed by (Please tick)

Self

Parent

Guardian

Signature

تم مليء الاستمارة من قبل: نرجو اختيار اجابة واحدة :

الشخص ذاته

الوالد/ الوالدة

الوصي

.....الإمضاء
التاريخ

MEDICAL HISTORY UPDATE

تحديث التاريخ الطبي

Please check that the health information on this form is still correct (including information on smoking and drinking). If not, amend as necessary or note any changes below.

الرجاء التأكد من صحة المعلومات الصحية في هذه الاستمارة الي الان، (من ضمنها المعلومات الخاصة بالتدخين و شرب الكحول). اذا كانت المعلومات غير صحيحة، نرجو تصحيحها ان لزم الامر و كتابة اي تغييرات أدناه.

Patient's Initials الأولي من اسم الاحرف المريض	Changes التغييرات	No change لا يوجد تغيير	Date التاريخ

Space for extra details
مكان إضافي لإضافة اي معلومات اخري:

I confirm that the details given above, to the best of my knowledge are correct, and will inform the dentist when any of the above change.

أنا أوكد علي صحة المعلومات المعطاة في هذه الاستمارة، علي حد علمي، و سوف ابليغ طبيب الأسنان المختص اذا ما تغير اي منها.

التاريخ date

الإمضاء Patient signature

Updated

تم التحديث

تم التحديث

تم التحديث

تم التحديث

تم التحديث

Updated

تم التحديث

تم التحديث

تم التحديث

تم التحديث

تم التحديث