

يرجى تعبئة جميع الأقسام. إذا لم تكن متأكدًا، اختر «غير متأكد».

معلومات المريض

اللقب	الاسم الأول
اسم العائلة	رقم البطاقة الصحية
البريد الإلكتروني	تاريخ الميلاد
المهنة	جهة العمل
العنوان	المحيل
الرمز البريدي	هاتف المنزل
هاتف العمل	الهاتف المحمول
جهة اتصال للطوارئ	رقم الطوارئ

التاريخ الطبي

هل تتلقى حاليًا علاجًا لأي حالة طبية، أو تلقيت علاجًا خلال السنة الماضية؟
☐ نعم ☐ لا ☐ غير متأكد

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى الشرح / الذكر:
 متى كان آخر فحص طبي لك؟

هل طرأ أي تغيير على صحتك العامة خلال السنة الماضية؟
☐ نعم ☐ لا ☐ غير متأكد

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى الشرح / الذكر:
 هل تتناول أي أدوية أو أدوية بدون وصفة أو مكملات عشبية؟

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى الشرح / الذكر:
 هل لديك أي حساسية؟

الأدوية
 اللاتكس / منتجات المطاط
 حساسيات أخرى

هل سبق أن حدثت لك استجابة غير معتادة أو سلبية تجاه دواء أو حقنة؟
☐ نعم ☐ لا ☐ غير متأكد

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى الشرح / الذكر:
 هل لديك حاليًا أو سبق أن كان لديك ربو؟

هل لديك حاليًا أو سبق أن كانت لديك مشاكل في القلب أو ضغط الدم؟
☐ نعم ☐ لا ☐ غير متأكد

هل سبق أن أجريت لك عملية استبدال أو إصلاح لصمام القلب، أو أصبت بالتهاب شغاف القلب، أو مرض قلبي خلقي، أو أجريت زراعة قلب؟
☐ نعم ☐ لا ☐ غير متأكد

هل سبق أن أصبت بالتهاب الكبد أو اليرقان أو مرض في الكبد؟
☐ نعم ☐ لا ☐ غير متأكد

ما نوع التهاب الكبد؟
 هل لديك مفصل صناعي أو تعويضي؟

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى الشرح / الذكر:
 هل لديك مشكلة أو اضطراب في النزيف؟

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى الشرح / الذكر:
 هل سبق أن دخلت المستشفى بسبب مرض أو عملية جراحية؟

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى الشرح / الذكر:
 هل لديك حالة أو علاج قد يؤثر في جهاز المناعة، مثل اللوكيميا أو الإيدز أو فيروس نقص المناعة أو العلاج الإشعاعي أو الكيميائي؟
☐ نعم ☐ لا ☐ غير متأكد

الحالات والتاريخ الصحي

هل لديك أو سبق أن كانت لديك أي من الحالات التالية؟ يرجى تحديد كل ما ينطبق.

☐ الإيدز	☐ ألزهايمر	☐ الذبحة الصدرية
☐ فقر الدم	☐ التهاب المفاصل	☐ نقل دم
☐ السرطان	☐ ألم الصدر	☐ الهربس القموي
☐ السكري النوع الأول	☐ السكري النوع الثاني	☐ اضطرابات الهضم / الارتجاع
☐ الاعتماد على المخدرات / الكحول	☐ انتفاخ الرئة	☐ الصرع / التشنجات
☐ الألم العضلي الليفي	☐ إصابة الرأس / الرقبة	☐ نوبة قلبية
☐ نفخة قلبية	☐ ارتفاع / انخفاض ضغط الدم	☐ فيروس نقص المناعة
☐ هودجكين	☐ انخفاض / ارتفاع سكر الدم	☐ مرض الكلى
☐ مرض الرئة	☐ الذئبة	☐ الصداع النصفي
☐ تدلي الصمام التاجي	☐ أدوية هشاشة العظام	☐ منظم ضربات القلب
☐ باركنسون	☐ العلاج الإشعاعي / الكيميائي	☐ الحمى الروماتيزمية
☐ عدوى منقولة جنسياً	☐ ضيق التنفس	☐ انقطاع النفس أثناء النوم
☐ العلاج بالستيرويدات	☐ قرحة المعدة	☐ السكتة الدماغية
☐ القلاع القموي	☐ اضطراب الغدة الدرقية	☐ اضطراب مفصل الفك
☐ السل		

☐ نعم ☐ لا ☐ غير متأكد

هل لديك أو سبق أن كانت لديك حالة أو مرض غير مذكور أعلاه؟

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى الشرح / الذكر:

☐ نعم ☐ لا ☐ غير متأكد

هل توجد أمراض أو مشاكل طبية متوارثة في عائلتك، مثل السكري أو السرطان أو أمراض القلب؟

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى الشرح / الذكر:

نمط الحياة والعناية بالأسنان

☐ نعم ☐ لا ☐ غير متأكد

هل تدخن أو تستخدم منتجات التبغ للمضغ؟

كم مرة تستخدم التبغ ومنذ متى؟

☐ نعم ☐ لا ☐ غير متأكد

هل تشعر بالتوتر أثناء علاج الأسنان؟

☐ نعم ☐ لا ☐ غير متأكد

هل أنت حامل؟

☐ نعم ☐ لا ☐ غير متأكد

هل تشرب الكحول؟

إذا كانت الإجابة نعم، فكم مرة تشرب الكحول؟

الهاتف

طبيب الأسنان

العنوان

الموافقة والخصوصية

المعلومات التي قدمتها أعلاه صحيحة وكاملة حسب علمي.

إشعار الخصوصية (PHIPA)

يسمح قانون حماية المعلومات الصحية الشخصية في أونتاريو لعام 2004 (PHIPA) بجمع المعلومات الصحية الشخصية واستخدامها والإفصاح عنها وفقاً للقانون. نستخدم معلوماتك لتقديم الرعاية الصحية، والحصول على الدفع، ودعم أنشطة النظام الصحي المسموح بها، والوفاء بالمتطلبات القانونية أو التنظيمية. ما لم تطلب خلاف ذلك، يجوز لنا مشاركة المعلومات ذات الصلة مع مقدمي الرعاية الصحية المشاركين في رعايتك عندما يسمح القانون بذلك. يرجى التحدث مع فريقنا إذا كانت لديك أسئلة أو رغبت في مناقشة قيود على المشاركة.

التاريخ

توقيع المريض / ولي الأمر