

بيكر فكتوري دنثال سنتر
Baker Victory Dental Center
التاريخ الطبي بيرنامج إيغلسوفت Eaglesoft

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____ تاريخ الإنشاء: _____
على الرغم من أن موظفو طباطبة الأسنان يعالجون المنطقة في الفم وحوله ، فإن فمك هو جزء من جميع جسمك. يمكن للمشاكل الطبية التي تعاني منها أو الأدوية التي يمكن أنك تتناولها أن يكون لها علاقة متبادلة هامة مع علاج الأسنان الذي تقوم به. شكراً لك على إجابتك على الأسئلة التالية:

هل أنت تتلقى رعاية طبية من طبيب حالياً؟	0 نعم	0 لا	إذا كان الجواب نعم
هل أقمت كمريض في مستشفى أو أنك أجريت عملية كبيرة؟	0 نعم	0 لا	إذا كان الجواب نعم
هل حصل لك في أي وقت من الأوقات إصابة شديدة برأسك أو في رقبته؟	0 نعم	0 لا	إذا كان الجواب نعم
هل أنت تتناول/ين أية أدوية، حبوب أو عقاقير؟	0 نعم	0 لا	إذا كان الجواب نعم
هل تتناول الآن أو تناولت في الماضي فين-فن Phen-Fen أو ريدوكس Redux ؟	0 نعم	0 لا	إذا كان الجواب نعم
هل تناولت في أي وقت مضى فوساماكس Fosamax بونيفا Boniva أكتونيل Actonel أو أي دواء آخر يحتوي على الـ: بيسفوسفونيت bisphosphonates؟	0 نعم	0 لا	إذا كان الجواب نعم
هل أنت تتبع نظاماً غذائياً خاصاً؟	0 نعم	0 لا	
هل تتعاطى التبغ؟	0 نعم	0 لا	

للنساء: هل أنت

0 حامل، أو تحاولي أن تصبجي حامله؟
0 مرضعة؟
0 تتناولين موانع للحمل عن طريق الفم؟
هل عندك تحسس من أي شيء مما يلي:

0 أسبرين Aspirin	0 بنسلين Penicillin	0 كودين Codeine	0 أكريلينغ Acrylic
0 المعادن Metal	0 المطاط Latex	0 أدوية السلفا Sulfa Drugs	0 التخدير الموضعي Local Anesthetics

أشياء أخرى؟
هل تتعاطى مواد تحت الرقابة
إذا كان الجواب نعم
إذا كان الجواب نعم

هل عندك أو هل كان عنك أياً مما يلي:

0 نعم	0 لا	0 نعم	0 لا	0 نعم	0 لا	0 نعم	0 لا
الإيدز/نقص المناعة	داء الزهايمر	الحساسية المفرطة	الأنيميا / فقر دم	خناق/ذبحة صدرية	التهاب المفاصل / النقرس	صمام قلب اصطناعي	المفصل الصناعي
الربو	أمراض الدم	نقل الدم	مشاكل في التنفس	كدمة بسهولة	سرطان	العلاج الكيميائي	الأم في الصدر
القرح الباردة / بثور الحمى	قصور خلقي في القلب	التشنجات					
0 نعم	0 لا	0 نعم	0 لا	0 نعم	0 لا	0 نعم	0 لا
أدوية الكورتيزون	مرض السكري	الإدمان على المخدرات	إنقطاع النفس بسهولة	إنتفاخ الرئة	الصرع أو التشنجات	نزيف مفرط	العطش المفرط
نوبات الإغماء / الدوار	السعال المتكرر	الإسهال المتكرر	الصداع المتكرر	التهرب التناسلي	المية الزرقاء	حمى القش	نوبة قلبية / قصور بالقلب
نحفة قلبية	جهاز تنظيم ضربات القلب	مشاكل في القلب / أمراض					
0 نعم	0 لا	0 نعم	0 لا	0 نعم	0 لا	0 نعم	0 لا
الهيموفيليا مرض بالدم	التهاب الكبد A	التهاب الكبد B أو C	الهريس	ارتفاع ضغط الدم	الكولسترول المرتفع	بثور جلدية أو الطفح الجلدي	نقص السكر في الدم
عدم انتظام ضربات القلب	مشاكل في الكلى	سرطان الدم	أمراض الكبد	انخفاض ضغط الدم	أمراض الرئة	هبوط الصمام التاجي	هشاشة العظام
ألم في مفاصل الفك	مرض الغدة الدرقية	الرعاية النفسية					
0 نعم	0 لا	0 نعم	0 لا	0 نعم	0 لا	0 نعم	0 لا
علاج إشعاعي	فقدان الوزن حديثاً	غسيل الكلى	الحمى الروماتيزمية	روماتزم	حمى قرمزية	القوباء المنطقية الجلدية	مرض فقر الدم المنجلي
مشكلة الجيوب الأنفية	سنسنة العمود الفقري	مرض المعدة / الأمعاء	السكتة الدماغية	تورم في الأطراف	أمراض الغدة الدرقية	التهاب اللوزتين	مرض السل
أورام أو زوائد	القرحة	مرض تناسلي	البرقان /الصفيراء				

هل أصبت في أي وقت من الأوقات بأي مرض لم يذكر
0 نعم 0 لا
إذا كان الجواب نعم

ملاحظات:

إلى حد علمي، أنني قد أجبت على المعلومات بشكل صحيح. وأنا على علم بأنه إذا ثبت أن المعلومات غير صحيحة فيمكن أن تسبب خطراً على صحتي (أو صحة المريض). إنها مسؤوليتي أن أخبر عيادة طب الأسنان بأي تغيير في حالتي الطبية.

توقيع صاحب العلاقة، الوالدة/ أو الوصي:

التاريخ:

X