

أتولى تحضير استشارتي

بطاقة
الممارسات

لتحسين استشارتك مع الطبيب، خذي بعض الوقت لتجهيز نفسك باتباع هذا الدليل لسوابقك الطبية (تاريخك الطبي)، مما سيمنح طبيبك المزيد من الوقت لك.

العمر: _____ سنة

لا نعم

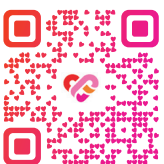
هل تتناولين العلاجات كل يوم؟

إذا كانت الإجابة نعم، فما هي؟

يُرجى ملء المعلومات أدناه عن
سوابقك الطبية والجراحي والعائلي
الشخصي.

سوابقي في الإصابة بأمراض النساء والتوليد

- عمر الدورة الشهرية الأولى _____
- عدد حالات الحمل، بما في ذلك حالات الإجهاض والإنهاء الطوعي للحمل _____
- عدد الأطفال _____
- الحمل الحالي _____
- هل لديك وسيلة لمنع الحمل؟ نعم لا
- إذا كانت الإجابة نعم، فما هي؟ **اسم وسيلة منع الحمل** _____
- خلال مدة حملي، هل كانت توجد سوابق من ارتفاع ضغط الدم تسمم الحمل؟ نعم لا
- مرض السكري؟ تأخر نمو الجنين؟ موت الجنين أو الولادة المبكرة (>37 أسبوعًا من انقطاع الطمث) نعم لا
- هل لدي سوابق من الإصابة بالتهاب بطانة الرحم و/أو متلازمة تكيس المبايض؟ نعم لا



Agir pour
le Cœur
des Femmes

Women's Cardiovascular Healthcare Foundation



• هل أنا في مرحلة انقطاع الطمث؟

< نعم لا **عمر انقطاع الطمث**

< لا نعم **العلاج الهرموني لانقطاع الطمث مستمر**

• هل أعاني من أعراض حرجة مصاحبة لانقطاع الطمث (التهبات الساخنة، التهيج، اضطرابات النوم، الإرهاق، آلام المفاصل، صعوبة التركيز، جفاف المهبل، التهاب المثانة، الخ.)

• هل أجريت بالفعل قياسًا لكثافة العظام خلال مدة انقطاع الطمث؟

< نعم لا **5 سنوات < 5 سنوات >**

• هل لدي سوابق من جراحة أمراض النساء مثل جراحة الثدي، المبيض، الرحم؟

• هل لدي سوابق من الإصابة بالسرطانات النسائية؟ الثدي، الرحم، المبيض، بطانة الرحم

< نعم لا **الجراحة**

< لا نعم **العلاج الكيميائي**

< لا نعم **العلاج الإشعاعي**

< لا نعم **مضادات الروائح**

• هل لدي سوابق طبية عائلية (تاريخ طبي عائلي) من الدرجة الأولى للإصابة بالسرطانات النسائية (الأمر، الأبناء، الأخوات) للإبلاغ عنه؟ نعم لا

سوابقي الشخصية في الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية

• أعاني من ارتفاع ضغط الدم نعم لا

• أتلقى علاجًا لارتفاع ضغط الدم، إذا كانت الإجابة نعم، فما العلاج؟

< نعم لا **اسم العلاج**

• أعاني من مرض السكري نعم لا

• أتلقى علاجًا لمرض السكري، إذا كانت الإجابة نعم، فما العلاج؟

< نعم لا **اسم العلاج**

• أزور طبيب مرض السكري بانتظام لمتابعة مرض السكري الذي أعاني منه نعم لا

• كانت نتيجة آخر اختبار للهيموجلوبيني السكري (HBA1C) هي

• لدي سوابق من متلازمة انقطاع النفس أثناء النوم نعم لا

< لا نعم **أستخدم جهاز للتنفس**

• لقد أصبت بالفعل بمتلازمة الاكتئاب نعم لا

< لا نعم **أتلقى العلاج بمضادات الاكتئاب و/أو مضادات القلق**

< **اسم العلاجات**



بطاقة الممارسات

- لقد أجريت بالفعل عملية جراحية بالقلب و/أو الشرايين التاجية، الشرايين السباتية أو الشريان الأورطي البطني نعم لا
- لدي سوابق من عدم انتظام ضربات القلب نعم لا
- لقد أصبت بالفعل باحتشاء عضلة القلب و/أو السكتة الدماغية و/أو نوبة اقفارية عابرة نعم لا
- أعاني من مشكلة قصور القلب و/أو مرض صمامات القلب نعم لا
- أعاني من لويحات الكوليسترول في شراييني نعم لا
- أعاني من تمدد الأوعية الدموية في الأبهري و/أو سبق أن تعرضت لتسلخ الأبهري نعم لا
- لقد أصبت بالفعل بالتهاب وريدي و/أو انسداد رئوي نعم لا
- أعاني من مشاكل في الغدة الدرقية نعم لا
- أتلقى علاجًا للغدة الدرقية نعم لا

سوابق عائلي في الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية

• هل توجد سوابق من الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية لدى والدي و/أو الإخوة والأخوات؟ إذا كانت الإجابة نعم، ففي أي عمر حدث هذا؟

< نعم لا **عمر الإصابة بالمرض**

- هل توجد حالات سمنة في العائلة؟ نعم لا
- هل توجد سوابق من مرض السكري لدى والديك و/أو الإخوة، الأخوات، الأبناء؟ نعم لا

سوابقي الطبية أو الجراحية



بطاقة
الممارسات

أنواع الحساسية التي أعاني منها

- حساسية تجاه الأدوية، حساسية تجاه الأطعمة، حساسية تجاه اليود نعم لا
- < إذا كانت الإجابة نعم، فما هي؟

أسلوب حياتي

- أنا أأخذ التبغ نعم لا
- لقد توقفت عن التدخين نعم لا سنة بدء التدخين
- عدد السجائر/اليوم
- أتعاطى الحشيش والمخدرات الأخرى ومشروبات الطاقة أو الكحول بشكل منتظم نعم لا
- أستخدم الأدوية التي قد تؤدي إلى الإدمان بشكل منتظم
- < (الأقراص المنومة، البنزوديازيبينات، مسكنات الألم، إلخ) نعم لا
- أقضي أكثر من 7 ساعات يومياً جالسة نعم لا
- ما مقدار الوقت الذي أخصه أسبوعياً لممارسة النشاط البدني؟ ساعات / أسبوع
- أضيف الملح إلى أطباقي و/أو أتناول الوجبات الجاهزة نعم لا



بطاقة
الممارسات

الأعراض التحذيرية فيما يخص بأمراض القلب والأوعية الدموية لدي.

- ضيق في التنفس نعم لا
- خفقان القلب، سواءً أكان منتظماً أم لا نعم لا
- تسارع ضربات القلب، سواءً أكان منتظماً أم لا نعم لا
- الدوار، والإغماء نعم لا
- القلق نعم لا
- الألم: الصدر، الظهر، الرقبة، الذراعين، الفك نعم لا
- اضطرابات الجهاز الهضمي: غثيان، اضطراب في المعدة (حرقة، ثقل أو تشنج)، مما يُرجح بمرض الشريان التاجي نعم لا
- آلام في البطن بعد وجبات الطعام (تلف الشرايين الهضمية) نعم لا
- العرج الشرياني (ألم في الساقين عند المشي يوحى بالتهاب الشرايين في الأطراف السفلية) نعم لا
- تعب عند بذل مجهود نعم لا
- صداع صباحي (ألم الرأس) نعم لا
- طنين الأذن، التوامض نعم لا
- الاختناق أو التبول الليلي المتكرر نعم لا

متابعتي الطبية

- كم مرة أستشير طبيب عام لنفسي على مدار العام؟ _____
- متابعة أمراض النساء كل عام نعم لا
- تاريخ آخر استشارة لأمراض النساء _____
- تاريخ آخر تصوير شعاعي للثدي (إذا كان عمري 50 عاماً أو أكبر) _____
- تاريخ آخر مسحة لعنق الرحم _____
- هل أזור طبيب القلب أو طبيب الأوعية الدموية بانتظام؟ نعم لا
- إذا كنت مصابة بمرض السكري، هل أخضع لمتابعة مع طبيب العيون وطبيب الكلى بانتظام؟ نعم لا



بطاقة الممارسات

نصائح عملية لموعدتي

- أتولى إعداد **ملفي الطبي** (بحجم A4) مع فواصل ملونة لتصنيف خطابات الاستشارة والعلاج في المستشفى، وفحوصاتي الإضافية التي أجريتها حسب الأعضاء (القلب والأوعية الدموية، وأمراض الروماتيزم، وأمراض السكري، وأمراض الغدد الصماء، وأمراض الرئة، وما إلى ذلك).
- أدرج في ملفي **بطاقة تحتوي على أسماء وبيانات التواصل مع الأطباء الذين يتابعونني** (الطبيب المعالج، طبيب القلب، طبيب الأوعية الدموية، طبيب أمراض النساء أو ممرضة التوليد، طبيب الغدد الصماء، طبيب الرئة، وما إلى ذلك) والشخص الذي أثق فيه.
- أدرج في ملفي بطاقة تحتوي على **جميع علاجاتي الحالية والأدوية التي لا أستطيع تحملها وأنواع الحساسية المعروفة عندي** (مثل حساسية البيود).
- أضع في ملفي **جميع وصفاتي العلاجية الحالية** وأطلب من طبيبي قبل الاستشارة أن يصف لي وصفة طبية لإجراء فحص بيولوجي إذا كان قد مر على فحص الدم أكثر من عام.
- أضع في ملفي **جميع فحوصاتي البيولوجية الأخيرة** (> عامين).
- أضع في ملفي **مخططاتي لكهربية القلب وتقارير فحوصات قلبي وأوعيتي الدموية**.
- أتولى **وزن نفسي وأقيس محيط بطني**.
- إذا كان لدي جهاز قياس ذاتي لضغط الدم، فإنني **أقيس ضغط دمي على مدار ثلاثة أيام** (3 قياسات في الصباح في وضعية جلوس هادئة و3 قياسات في المساء في وضعية جلوس هادئة قبل النوم).
- أضع في ملفي **بطاقة الممارسات التي أكملتها للتو**.



Agir pour
le Cœur
des Femmes

Women's Cardiovascular Healthcare Foundation