

يرجى وضع علامة على الصحيح:

لا  نعم

هل تتناول أدوية بانتظام؟  
إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي؟

الأدوية:

لا  نعم

هل تعاني من الحساسية (حساسية مفرطة)؟  
إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي؟

أنواع الحساسية:

لا  نعم

هل تعاني من ارتفاع ضغط الدم؟

لا  نعم

هل تعرضت مؤخرًا لجلطة؟

لا  نعم

هل لديك أمراض بالقلب أو عيب خلقي بالقلب أو  
مشاكل في القلب؟

لا  نعم

هل تحمل جهاز لتنظيم ضربات القلب؟

يرجى وضع علامة على الصحيح:

- |    |                          |     |                          |   |
|----|--------------------------|-----|--------------------------|---|
| لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | هل تعاني من نوبات تشنج عصبية (صرع)؟   |
| لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | هل تعاني أو كنت تعاني من مرض بالجهاز التنفسي أو بالرئة (ربو أو سل)؟                                       |
| لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | هل أنت مريض بالسكر (السكري)؟  |
| لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | هل تعاني من اضطرابات في تخثر الدم، النزيف لمدة طويلة بعد الإصابة؟   |
| لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | هل تتناول ماركومار أو غيره من وسائل تخثر الدم؟  |
| لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | يرجى إدخال معدل INR الحالي الخاص بك هنا (معدل قدرة الدم على التخثر)                                       |
| لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | هل تعاني من أمراض معدية؟  |
| لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | هل هناك احتمال أن تكوني حاملاً؟<br>هل تعاني من أمراض أو الآم لم تسردها هنا؟<br>إذا كانت الإجابة بنعم، فما |

أمراض وآلام (عمليات جراحية إن وجدت)

التوقيع

التاريخ: