

استمارة التاريخ المرضي الخاصة بمشورة منع الحمل

عزيزتي المريضة،

صحتك تهمنا. حتى تتمكن من تقديم أفضل مشورة لك بشأن اختيار وسيلة منع الحمل المناسبة، نطلب منك الإجابة على الأسئلة التالية:

التاريخ

البيانات الشخصية

اللقب، الاسم الأول	الطول
الشارع، رقم المنزل	الوزن
الرمز البريدي، المدينة	مؤشر كتلة الجسم*
تاريخ الميلاد	ضغط الدم*

* يُسجل معرفة مساعد/مساعدة الطبيب.

أسئلة بخصوص عاداتك الحياتية

هل تدخنين أو هل دخنت في الماضي؟	نعم	لا	في حالة الإجابة بنعم، كم سيجارة في اليوم؟
هل تقومين برحلات طويلة بشكل متكرر (أكثر من 4 ساعات)؟	نعم	لا	
هل أنجبت مؤخراً أو ترضعين؟	نعم	لا	
هل لديك روتين يومي غير منتظم ولا يمكنك تذكر تناول الدواء في نفس الوقت كل يوم؟	نعم	لا	
هل تتناولين بانتظام أي أدوية أو أدوية عشبية أو مكملات غذائية؟ في حالة الإجابة بنعم، ما هي؟	نعم	لا	
في حالة الإجابة بنعم، ما هي؟			

وسائل منع الحمل السابقة

كنت أستخدم مؤخراً لمنع الحمل:	الحبوب	لصقات منع الحمل	الحلقة المهبلية	حقنة الثلاثة أشهر	اللؤلؤ الهرموني
	الغرسة الهرمونية/قضيب منع الحمل	لؤلؤ نحاسي، سلسلة نحاسية، كرة نحاسية			
	وسائل أخرى				
ما مدة استخدامك لوسيلة منع الحمل المعنية؟	لم يسبق لي استخدام وسيلة هرمونية في منع الحمل	لم يسبق لي استخدام وسيلة منع حمل من قبل			
هل حدثت آثار جانبية أثناء الاستخدام؟					
في حالة الإجابة بنعم، ما هي؟					

بيانات بخصوص الدورة الشهرية

معدل انتظام الدورة	غير منتظمة	منتظمة	أمور أخرى تريدين إخبارنا بها عن الدورة الشهرية (مثل ألم الثدي والصداع):
نزيف بين الدورات	كثير (في كل دورة)	لم يحدث أبداً	
نادر (في كل 2 إلى 3 دورات بحد أقصى)			
مدة الدورة (بالأيام)*	> 24	24 - 34	< 34
قوة النزيف (عدد الفوط الصحية/اليوم)	قوي (< 5)	متوسط (2 - 5)	قليل (> 2)
أم قبل / أثناء الدورة الشهرية (آلام في البطن ومغص)	نعم، معتدل	لا يوجد، أو ضعيف	

* مدة الدورة = الفترة من أول يوم في الدورة إلى اليوم السابق لبدء الدورة الشهرية التالية.

exeltis.de

Exeltis Germany GmbH
Adalperstraße 84
85737 Ismaning

تم إعداده بالتعاون مع أ.د. كريستوف كيك، برلين
خدمة مقدمة من Exeltis Germany GmbH و Medicover Berlin-Mitte MVZ

MEDICOVER
BERLIN-MITTE

Exeltis
Rethinking healthcare

أسئلة بخصوص الأمراض الحالية

هل تعاني بانتظام من الإسهال و/أو القيء؟

لا نعم

هل تعاني من الصداع النصفي أو الصداع الشديد؟

لا نعم

في حالة الإجابة بنعم: هل الصداع مرتبط بمشاكل في الرؤية أو مشاكل في الكلام و/ أو شعور بالتنميل؟

لا نعم

هل تعاني من حب الشباب؟

لا نعم

هل لديك زيادة في شعر الجسم؟

لا نعم

هل تخططين لإجراء عملية كبيرة أو سيكون هناك تقييد للحركة لمدة طويلة؟

لا نعم

هل تعاني من أي من الأمراض التالية؟

لا	نعم	أمراض الكبد أو الصفراء	لا	نعم	ضغط الدم المرتفع
لا	نعم	الصرع	لا	نعم	اضطراب تخثر الدم
لا	نعم	أمراض نفسية	لا	نعم	أمراض القلب أو الرئة المزمنة
لا	نعم	اضطرابات الأكل	لا	نعم	الذبحة الصدرية / عدم انتظام ضربات القلب
لا	نعم	أمراض الأمعاء المزمنة	لا	نعم	ارتفاع مستويات الدهون في الدم
لا	نعم	هل تعاني من الدوالي؟	لا	نعم	داء السكري
لا	نعم		لا	نعم	أمراض الكلى المزمنة

هل تعاني من مرض مزمن آخر (مثل فقر الدم المنجلي، داء كرون، التهاب القولون التقرحي)؟

هل تعاني من حساسية أو عدم تحمل؟

لا نعم

في حالة الإجابة بنعم، ما هي؟

هل سبق لك أن تعرضت لأي من الأحداث التالية؟

لا	نعم	جلطة و/أو انسداد رئوي	لا	نعم	نوبة قلبية أو سكتة دماغية
لا	نعم	إغماء غير واضح و/أو فقدان الوعي	لا	نعم	سرطان

أحداث أخرى

هل تم تشخيص إصابتك بمرض بطانة الرحم؟

لا نعم

هل أجريت جراحات نسائية في الماضي؟

لا نعم

في حالة الإجابة بنعم، ما هي؟

أسئلة بخصوص الأمراض الموجودة في عائلتك

هل لديك قريب (الأم، الأب، الأشقاء، الأجداد، الأطفال) أصيب بأحد الأمراض/الشكاوى التالية؟

في حالة الإجابة بنعم، فمن هو وفي أي عمر كانت الإصابة؟

لا	نعم	أمراض القلب	لا	نعم	جلطة/انسداد رئوي
لا	نعم	ارتفاع مستويات الدهون في الدم	لا	نعم	نوبة قلبية
لا	نعم	سرطان	لا	نعم	سكتة دماغية

يرجى إضافة توقيتك باستخدام وظيفة "الملء والتوقع" أو "التوقع الذاتي".



التوقيع

هذا إقرار منك بصفحتك مريضة بأنك قمت بتعبئة هذه الاستمارة بكل دقة. تعد استمارة التاريخ الطبي للحالة مجرد وسيلة مساعدة للطبيب في التوثيق ولا يُفترض فيها الاكتمال.

المكان، التاريخ

ملاحظات طبية