

# قائمة التحقق لحقيبة الطوارئ الطبية

## المستندات

- مستند التاريخ الطبي (مرفق)
- نسخة من الهوية: رخصة سائق، إلخ
- نسخة من بطاقة التأمين الصحي
- نسخة من التوجيهات المسبقة أو الوكالة القانونية
- مستند معلومات رعاية الحيوانات الأليفة (مرفق)

## أشياء إضافية

- قميص إضافي، وبنطال، وملابس داخلية
- مفتاح احتياطي للبيت
- سماعات أذن احتياطية مع بطاريات
- نظارة إضافية أو عدسات
- أطعمة، إن وجدت
- قنينة مياه قابلة لإعادة التعبئة

## أغراض للراحة

- علبة لحفظ طقم الأسنان
- جهاز مساعد، إن وجد
- كتاب مفضل
- ألعاب مثل سكرابل، سودوكو، وغيرها
- هاتف خلوي/iPad/جهاز كمبيوتر لوحي
- وشواحن
- ورق وقلم
- صور للأحباب
- غرض مريح من البيت
- شباشب مانعة للانزلاق/أحذية سهلة الارتداء

# حلقة الحقيبة القابلة للطباعة

اطبعها وقصّها بالمقص  
وثبتها على حقيبة الطوارئ الطبية

عائدة إلى:

## حقيبة الطوارئ الطبية

تحتوي على احتياجات طبية ضرورية – تبقى مع الشخص دائمًا

عائدة إلى:

## حقيبة الطوارئ الطبية

تحتوي على احتياجات طبية ضرورية – تبقى مع الشخص دائمًا

عائدة إلى:

## حقيبة الطوارئ الطبية

تحتوي على احتياجات طبية ضرورية – تبقى مع الشخص دائمًا

# التاريخ الطبي

معلومات المريض		اللغة المفضلة:	
الاسم:		تاريخ الميلاد:	
العنوان		رقم الهاتف	
جهة اتصال للطوارئ #1			
الاسم		الصلة	
رقم الهاتف		رقم الهاتف	
جهة اتصال للطوارئ #2			
الاسم		الصلة	
رقم الهاتف		رقم الهاتف	
جهة اتصال للطوارئ #3			
الاسم		الصلة	
رقم الهاتف		رقم الهاتف	
معلومات التأمين			
شركة التأمين		رقم البوليصه	
التاريخ الصحي الشخصي (علم على المناسب)			
<input type="checkbox"/> جلطة قلبية / مرض قلبي <input type="checkbox"/> ضغط دم مرتفع <input type="checkbox"/> كولسترول مرتفع <input type="checkbox"/> فيروس نقص المناعة / الإيدز <input type="checkbox"/> مرض كلوي / حصوات كلوي <input type="checkbox"/> أمراض كبد / التهاب كبد <input type="checkbox"/> صداع نصفي <input type="checkbox"/> هشاشة عظام <input type="checkbox"/> جلطة دماغية <input type="checkbox"/> تعاطي مواد (كحول / مخدرات) <input type="checkbox"/> أمراض الغدة الدرقية (خمول / فرط) <input type="checkbox"/> سلس <input type="checkbox"/> قرحة		<input type="checkbox"/> مآكو حالات مرضية معروفة <input type="checkbox"/> حساسية (أدوية / أكل / بيئية) <input type="checkbox"/> فقر دم <input type="checkbox"/> قلق <input type="checkbox"/> التهاب مفاصل <input type="checkbox"/> ربو <input type="checkbox"/> نقل دم <input type="checkbox"/> سرطان (حدد النوع.....) <input type="checkbox"/> فشل قلبي احتقاني <input type="checkbox"/> مرض الانسداد الرئوي المزمن / انتفاخ الرئة <input type="checkbox"/> اكتئاب <input type="checkbox"/> سكري (نوع 1 / نوع 2) <input type="checkbox"/> صرع / نوبات <input type="checkbox"/> ارتجاع معدي مريئي (حموضة) <input type="checkbox"/> ماء أزرق في العين (غلوكوما) <input type="checkbox"/> نقرس	
مشاكل صحية أخرى:			
العلاجات / الأدوية			
الاسم (الاسماء)	الجرعة	عدد المرات	الغرض
ملاحظات			

## العلاجات / الأدوية

ملاحظات	الغرض	عدد المرات	الجرعة	الاسم (الاسماء)

قيود غذائية:

الحساسية:

## التاريخ العائلي (عَلِّم على المناسب)

<input type="checkbox"/> لا يوجد تاريخ عائلي معروف للحالات الطبية <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> سكري <input type="checkbox"/> أمراض القلب <input type="checkbox"/> ضغط دم مرتفع <input type="checkbox"/> كولسترول مرتفع	<input type="checkbox"/> جلطة دماغية <input type="checkbox"/> أمراض الغدة الدرقية <input type="checkbox"/> أمراض الكلى <input type="checkbox"/> حالات صحة نفسية (اكتئاب، توتر، إلخ) <input type="checkbox"/> أمراض مناعية <input type="checkbox"/> أخرى:
--	---

اسم طبيب الرعاية الأولية:

معلومات صحية إضافية:

رقم هاتف وعنوان طبيب الرعاية الأولية:

## العمليات / الإجراءات الطبية (مع التواريخ):

اسم الصيدلية:

رقم هاتف الصيدلية:

عنوان الصيدلية:

يرجى استخدام هذه الصفحة لمشاركة أي معلومات مهمة أخرى عن المريض مع الفريق الطبي:

# معلومات رعاية الحيوان الأليف

 <p>أضف صورة لحيوانك الأليف هنا</p>	اسم الحيوان:	
	النوع:	العمر:
	السلالة:	
	اللون:	

يرجى كتابة كل المعلومات المتعلقة بأكل حيوانك الأليف أدناه. يفضل تذكّر نوع (ماركة) الأكل، الكمية، وعدد الوجبات باليوم:

## معلومات الأكل

يرجى كتابة كل المعلومات المتعلقة بموضوع "الحمام" الخاص بحيوانك الأليف أدناه:

## وقت الحمام (قضاء الحاجة)

يرجى ذكر أي معلومات إضافية عن حيوانك الأليف أدناه، مثل وقت الخروج برة البيت و/أو معلومات عن الأدوية. معلومات الطبيب البيطري، مثل: الاسم، العنوان، ورقم الهاتف.

## معلومات إضافية

اسم الشخص المسؤول عن الحيوان ورقم هاتفه:


--