

نخر بخدمة الجالية في الثلاث والثلاثين سنة الماضية 2021 المركز الكندي للطب البديل

5468 Dundas Street West, Suite 101, Toronto Ontario Canada M9B 6E3

الטלפון: 416-207-0272 | الفاكس: 416-207-0272

الموقع: www.inaturopath.ca



النسخة العربية | تشرين الثاني 2023

عزيزي الكرام لقد أعد هذه الاستماراة رئيس العيادة الدكتور فاتح سراج الدين خصيصاً للمتكلمين بلغة الصاد في شمال أمريكا كي تساعدهم في شرح حالة أو الحالات المرضية التي دعكم لطلب الكشف الطبي، فنرجو منكم قراءة جميع الأسئلة ثم الإجابة عليها يقدّر عالٍ من الدقة والتركيز. إن إجاباتكم ستساعدنا بالكشف على حالتكم وتشخيصها بصورة دقيقة حتى تستطيع أن نصف الدواء والعلاجات التي تتناسب وحالكم الصحية والأعراض التي تعانون منها. إن أفراد الطاقم الطبي في عيادتنا والدكتور فاتح سراجون معاً جعلوكم إذا شعروا بأنكم ستقعون بتنفيذ جميع التعليمات المتعلقة ① بالعلاجات و ② الأدوية و ③ نظام التغذية وكل ما يراه الدكتور ضروريأً للشفاء بأقرب فرصة إنشاء الله. وشكراً.

يجب إملاء جميع الفراغات وخاصة الفراغات التي عليها إشارة (*) . و يجب توقيع القسمة و كتابة التاريخ الحالي قبل إرسالها.

معلومات شخصية ضرورية جداً

الاسم (بالحرف العربي ثم اللاتيني) :
تاريخ الميلاد : ذكر أم أنثى ، الطول : الوزن :
 تاريخ بدء الحالة المرضية :
 هل شفخت الحالة المرضية أم لأم تشفى... اشرح من فضلك :
 لقد عالج الأطباء إبني / إبنتي في الماضي من الأعراض التالية :
 أما حالياً فإنني أطلب علاج إبني / إبنتي من الأعراض التالية :

إبني / إبنتي يعيش : من كلا الوالدين، مع الوالدة، مع الوالد، يتقلّل بين الوالدين، في رعاية عائلة مؤقاً بأمر محكمة، ملجاً
أفراد عائلتي الذين يعيشون من نفس العارض أنا، زوجي، أحد إخوة إبني / إبنتي ، إحدى أخوات إبني / إبنتي
عدد أولادي الذكور _____ ، عدد أولادي البنات _____ ، عدد بناتي الباقي يكتبون إبني / إبنتي _____ ، عدد بناتي الباقي يكتبون إبني / إبنتي _____
هل عدد الوالدين أو أحدهما تأمين للطب البديل حيث يعملان لا، نعم، إسم شركة التأمين :

معلومات عن الوالدين

الاسم الوالد :
هاتف الوالد بالعمل :
اسم الوالدة :
هاتف الوالدة بالعمل :
عنوان البيت :
كنية الوالد (إذا اختلفت) :
هاتف الوالد بالبيت :
كنية الوالدة (إذا اختلفت) :
هاتف الوالدة بالبيت :
رمز البريد :

بمن نستطيع أن نتصل في حالة الضرورة ؟

الاسم الوالد :
هاتف المنزل :
الكنية :
هاتف العمل :
صلة القرابة :
الجوال :

أعلمنا من يستحق أن نرسل له بطاقة شكر لأنّه عرفك على عيادتنا ؟

الاسم الوالد :
هاتف المنزل :
الكنية :
هاتف العمل :
صلة القرابة :
الجوال :

أين تعرفت على العيادة : قرأت مقالة عن العيادة ، محاضرة للدكتور فاتح ، لوحة العيادة ، جوجل ، بحثت على إنترنت ، إنستاجرام ، أحد الأصدقاء .

زوارنا الكرام

الرجل أن تحضر عسك في يوم الفحص جميع نتائج الفحوصات الطبية وفحص الدم ونتيجة صور الأشعة و تاريخ العمليات التي أجريت لابنك أو بنتك و كل ما قد يتعلّق بصحتك. بالنسبة للمقيمين في أونتاريو فإن مؤسسة OHIP لا تغطي هذا العلاج إطلاقاً لكن شركات التأمين في مكان علاجك أو عمل زوجك فاطئاً تغطي علاجاتنا التي نجريها داخل العيادة أما الأدوية التي نصفها للناس فإن بعض الشركات قد لا تغطي الأدوية الطبيعية وطبعية الحال فانتا لا نعرف الكثير عن هذه الشركات وعليك أن تتوصل معهم للتعرف عما يغطونه وما لا يغطونه. أما المقيمين في الوطن العربي فيجب أن تلفت انتباهم أن بعض شركات التأمين قد لا تغطي هذا الفحص أو الأدوية وعليك التواصل معهم للتغطية. في جميع الأحوال فإننا نعطيك وصلاً بقيمة الدفع، وعليك أن تتصّل بشركة التأمين مباشرةً للتغطية إذ إننا لا نتعامل مع شركات التأمين مباشرةً.

اسم الفحص	سعر العلاج	شرح	اختيار ✓
قيمة الفحص الأول الكامل (حوالي ساعه ونصف) هي	\$189	يضاف إليها ثمن الأدوية اللازمة للعلاج وضرائبها.	
قيمة كل فحص فيما بعد (حوالي نصف ساعه) هي	\$089	يضاف إليها ثمن الأدوية اللازمة للعلاج وضرائبها.	
عدم الحضور إلى موعد مسبق وعدم الاتصال لإلغاء الموعد قبل 48 عليه غرامه وقتنا الضائع	\$050	ذلك حتى يذكر الناس الموعد ولا يضيع منها ساعات بالانتظار والمريض قد نسي	
قيمة علاج تقويم الفقرات أو علاج IFC للعضلات والمفاصل وعلاج تدليك عضلة	\$50	علاجات تقويم بها لترميم الجسم إذا احتاج أمر العلاج ذلك	
قيمة علاج IFC	\$40.50	علاج من المانيا لترميم العضلات والمفاصل	

إن القانون الكندي يتطلب من كل مريض أو ولد أمره أن يوقع في أسفل هذه الفقرة إذا كان موافقاً على جميع النقاط التالية:

لقد قرأت المعلومات المكتوبة أعلاه وفهمت محتواها وليس عندي أي اعتراض عليها

أنا موافق على الكشف الطبي لإبني / إبنتي كما يراه الدكتور فاتح سراج الدين للحالة المرضية الحالية

أنا أعلم أن الدكتور فاتح هو طبيب بالطب البديل وخربيج جامعة الطب البديل في تورونتو أونتاريو في كندا

وأعلم أن علاجه هو علاج طبيعي يقتيد بقوانين الطب البديل كما هو متعارف عليه في مقاطعة أو نتاريو في كندا.

أنا أعلم أن الدكتور فاتح ليس طبيب بالطب العادي الكلاسيكي المتعارف عليه وأن علاجه لا يتدخل مع طبعة العلاج الطبي الكلاسيكي

أنا أعلم أيضاً أن ما من شيء يقدّني من طلب العلاج لإبني / إبنتي من أي طبيب في أي اختصاص آخر خلال علاجي مع الدكتور فاتح

إن تطبيقي لعلاج الدكتور فاتح إبني / إبنتي هو بموجب اختياري الصرف

لقد قرأت وفهمت النقاط في الصفحة السابقة كلها وسوف أحيط على جميع الأسئلة في الصفحات القادمة بصحة وأعراض إبني / إبنتي التي يشكو منها حالياً و التي أصابته و كان قد عانى منها في السابق بصورة دقيقة و مرکزة إلى أقصى ما تستطيع عليه ذاكرتي و سأسدد أيضاً الرسوم المترتبة على إبني / إبنتي فيما يتعلق بثمن العلاجات والمعذيات والأدوية عند كل زيارة.

التاريخ:

التاريخ:

معلومات هامة

بما أن طول فترة الزيارة حوالي ساعتين فالرجاء الحضور حوالي عشر دقائق قبل الموعد لأننا سنأخذ من أبنك / أبنتك عينة بول (عدا الرضع) قبل الشروع بالفحص. سنتقسم الساعتين إلى ساعة تقريراً للفحص والتاريخ وساعة تقريراً لنظام التغذية والأدوية والعلاجات مما يتناقض مع حالة أبنك / أبنتك الطيبة ومع الأعراض التي يشتكى منها ومع نتيجة الفحص الطبي الذي يجريه الدكتور فاتح.

إن العلاج البديل يختلف اختلافاً شديداً عن الطب الكلاسيكي في نقاط كثيرة أهمها .

النقطة الأولى إن طول الزيارة الأولى للأطفال حوالي ساعة ونصف. وبهذه الزيارة سيقوم الدكتور فاتح بمراجعة هذا الإستبيان الطبي ويقيم الأعراض التي يشتكي منها ابنك / أبنته ثم سيقوم بالفحوصات السريرية التي تتناسب مع العارض الذي يشتكي منها ثم يقوم بشرح التغذية التي تسبب نجاح العلاج أو فشله ثم يقوم بوصف العلاجات من أدوية وعلاجات فيزيائية التي يجب أن تأخذها يومياً أو أسبوعياً. ثم سيعطيك موعد بعد أسبوعين لتقديم العلاج والدواء خلال أول أسبوعين سيمر على ابنك / أبنته يوماً أو يومين قد يقوم الجسم باظهار بعض الأعراض التي نحن بصدد علاجها ببعض الشدة والألم لأن الجسم سيدفع هذا العارض بسموه إلى خارج الجسم فلا تتوقف عن العلاج لأن هذا متوقع.

النقطة الثانية

في الزيارة الثانية (حوالى ثلاثة أيام) سيفحص الدكتور فاتح أبنك / أبنتك ليرى كيف تعامل الدواء الطبيعي مع جسمه ومن ناحية أخرى كيف تعامل جسمه مع الدواء إذ يتوقع الدكتور نسبة تحسن من 15% إلى 25% خلال الأسبوعين السابقين وعليه سينخفض عدد مرات أخذ الدواء مثلًا من ثلاث مرات إلى مرتين بالليوم. هذا الكشف الدوري سيتكرر على فترات متباينة وفي كل موعد تتحفظ عدده مرات أخذ الدواء إلى أن يتم الشفاء. خفض عدد مرات الدواء لا يتم على التلفون أو بالايميل لأن الطبيب البديل لا يعالج عارض المرض بل يعالج سبب العارض الذي سبب المرض ذلك حتى يزيل المرض كلياً من الجسم.

النقطة الرابعة أن الطب البديل يعتمد على أدوية مستخلصة من مواد طبيعية كالإنزيمات والفيتامينات والمعادن الخفيفة التي ليس لها أعراض جانبية تذكر. لذا لا تتوقف عن إستعمال الأدوية أو التغذية حتى يتم الشفاء. عدم استساغة طعم الدواء تذكرنا أن الناس لا يأخذون الدواء للتمتع وأن الدواء ليس نزهه

النقطة الخامسة أن الطيب البديل يعتمد على التغذية بشكل شديد لما فيها من فوائد صحية تتمدّح الجسم بما يقويه على المرض وازالة سمومه. والتغذية عامل أساسي.

النقطة السادسة أن سرعة شفاء المريض تعتمد على (Compliance) شدة تمسك المريض في تطبيق العلاج وإستعمال الأدوية وتطبيق التغذية التي في كتيب التغذية. وبهذه النهاط يقوم العلاج البديل على تشطير وتوظيف قدرات الجسم الكامنة فيه إلى العمل على الشفاء .

النقطة السابعة أن دخول المرض إلى الجسم قد يأخذ وقتاً أيضاً وكذلك إخراج البديل ليس ملعة سحرية تزيل المرض بين عشية وضحاها **النقطة الثامنة** العلاج يجري داخل العيادة فقط وفي أوقات الدوام في العيادة حسب مواعيد محددة وليس بلقاءات بالصدفة أو لقاءات في الأفراح أو على التألفون.

النقطة التاسعة: لا يمكن تغيير الدواء بالكلمات الهاشفيه أو إثناء لقاء عابر في العيادة أو خارج العيادة
النقطة العاشرة: عدم تتبع العلاج أو عدم متابعة إستعمال الدواء أو الإنقطاع عن إستعمال التغذية أو العودة إلى الماكولات التي أوقف إستعمالها الدكتور فاتح قد يؤدي إلى تراجع الصحة الى ما كانت عليه قبل بداية العلاج.

النقطة الحادية عشر التأخير للموعد قد يتضارب مع مواعيد الناس. الرجاء الحضور قبل الموعد بعشرة دقائق لأن التأخير قد لا يكفي لإنتهاء جميع نقاط زيارتك إذا إضطرر الأمر أن ترسل هذه القسمية وتحاليل الدم إلى العيادة بالفاكس أو الإيميل فالرجاء الرجاء أن لا تصور الأوراق بالجوال بل يستعمل السكانر ثم أرسلهم إلى الإيميل clinic@live.com أو يستعمل الفاكس 0272-416-207-416 وعدم إرسال الأوراق عن طريق What's App

طريقة إملاء الأسئلة في القسمة التالية: فيما يلي بعض النقاط التي تساعدك على إملاء القسمة الطيبة التالية بطريقة صحيحة بحيث تعطينا فكرة واضحة عن الأعراض التي تريد علاجها وشدة الألم الذي تشعر به ونكرار هذه الألام في فترة زمنية معينة. ونحن نستعمل طريقتين للإجابة على الأسئلة.

ال الأولى **باختيار واحد** من الأجوية التالية الطريقة الأولى هي **داماً** أو **نحرراً** أو **نادر** **دانياً**: يعني أن العارض المذكور يستمر لفترة طويلة من اليوم أو الليل أو كلاهما معاً **تكرراً**: يعني أن العارض المذكور يعود كل يومين أو كل أسبوع أو كل شهر **نادرًاً**: يعني أن العارض المذكور يعود كل عدد من الأشهر **والطريقة الثانية هي التعبير عن شدة العارض **بالأرقام**** حيث تدل الأرقام من (1 إلى 3) على عارض خفيف و تدل الأرقام من (4 إلى 7) إلى عارض متوسط الشدة وتدل الأرقام من (8 إلى 10) إلى عارض شديد جداً ناهيك عن فتره حدوثه

الجهاز الهضمي

دالناد تكرار نادرة رقم	غثيان	امساك	اسهال	غثارات معوية	خمول بعد الاكل	تنفس الوطن	سر هضم	حموضة معدية	تجشوش بعد الاكل	تجشوش النساء	تجشوش بدون الاكل
٤	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٥	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٩	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
١٠	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
١١	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
١٢	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
١٣	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
١٤	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>									

الرجاء قراءة الأعراض التالية التي قد تتعانى منها الآن أو التي قد كنت تعانى منها في الماضي، الرجاء وضع إشارة في المربع الذي يتوافق مع استمرار هذا العرض إن كان دائمًا أو متكرراً أو نادراً و عدم الإجابة إذا لم يكن لك أي أعراض من العرض المذكور، ثم ضع رقمًا من 1-10 بحيث يقدر شدة العرض إذ أن الرقم (1) هو عرض خفيف جداً و (10) عرض شديد جداً وشكراً.

الاذن لا اعراض تقديراً نادراً تكرراً دانياً

الجهاز الهضمي

معلومات عامه

الجلد

لا اعراض

تقديرآ نادرآ تكررا داتما

..... **شعور دائم بالجوع**
 **عدم الشعور بالجوع**

مصوّبة خفض الوزن
 عاف من الأنف

الأنف لا أعراض تقديرًا نادرًا تكرارًا دائمًا

حكمة شرجية في الليل
 يidan بيضاء في البراز

- عراض ذات الرئة
- التهاب رئوي حاد
- شعور بضيق الصدر

الجهاز البولي

- خرسانة الاسنان
- معدنية اسنان خشوة
- للبرد اسنان حس

للمزيد من المعلومات، يرجى زيارة الرابط www.ahlf.com

- ريان بول بطيء
- سداد مجرى البول
- مل في شعر العانة
- ككة في شعر العانة
- تهاب مجرى البول
- ككة في مجرى البول
- بول لا إرادى أثناء النوم
- أئحة للبول شديدة
- بول كثير باللالي

- مطلع الشعلة
- ساقط الشعر
- سعر جاف
- سعر زيتى
- شرة الشعر
- تهابيات جلدة الرأس
- حكمة بجلدة الرأس
- مل بجلدة الرأس
- شسطار رأس الشعرة
- سدفقة حملة الرأس

<input type="checkbox"/>	قيق بالعيون
<input type="checkbox"/>	حكة بالعين
<input type="checkbox"/>	حمرار بالعين
<input type="checkbox"/>	موع بالعين
<input type="checkbox"/>	لام فوق الحاجبين
<input type="checkbox"/>	التهاب جفن العين
<input type="checkbox"/>	ضعف في البصر
<input type="checkbox"/>	فتح تحت العينين
<input type="checkbox"/>	ورق في العين

القلب

لا اعراض

- ضيق في التنفس
ذبحة صدرية
دوخه خفيفه
ارقاع ضغط الدم
انخفاض ضغط الدم
عدم انتظام دقات القلب
تسريع نبضات القلب
ارقاع الكوليستيول
انسداد بعض الشرايين
تضيق صمام القلب
الم في الصدر مع تعرق

النوم

الغدد الصماء

- درار
مرض السكر
مرض سكر أطفال
انخفاض سكر الدم
تضخم الغدة الدرقية
ضمور الغدة الدرقية
وذمة مخاطية
ضغط الغدة الكظرية

النوم

العضلات والظامان والمفاصل

- فقاق أنسجة
اعراض القرص
التهاب المفاصل
التهاب مفاصل رئيسي
تيس بالمفاصل
تقلص عضلات الساق
عمود فقري جنف
عمود فقري أحذب
الم عام بالعضلات
الم ببعضلات الرقبة
تصلب بعضلات الرقبة
الم عرق النسي
تورم بالمفاصل
اعراض نخر العظام
اعراض نفخ عضلي
الم بغضروف القص
الم بين الأضلاع
الم في أعلى الظهر
الم في منتصف الظهر
الم في أسفل الظهر
الم في العصعص
تأكل القرارات
تررق في العظام
نتواء كلاسيية مفصليه
تضيق في قناة الرسغ
تيس المفاصل صباحا
فقاق دشك القرارات
كسر عظمي لم يلتئم

الرأس

- شقيقة
شقيقة صافية
استعمل أدوية شقيقة
صداع
صداع نصفي
صداع بمؤخرة الرأس
صداع بجهة الرأس
صداع عند النهوض
صداع مع الجوع
صداع بعد حادث سير
استعمل أدوية صداع
عدد حالات الصداع بالإسبوع
دواء الصداع الذي استعمله
عدد حالات الشقيقة بالإسبوع
دواء الشقيقة الذي استعمله

أي امراض سرطانية

- سرطان في
سرطان غير منتشر
سرطان منتشر
سرطان مرحلة أولى
سرطان مرحلة ثانية
سرطان مرحلة ثلاثة
علاج
علاج أشعة
علاج كيماوي
عدد العلاجات

جهاز حساسية الوالدين

- حساسية لحشرة السوس
حساسية لغبار الططلع
حساسية للعطورات
حساسية لفواكه
حساسية للكلا
حساسية للكلا
حساسية لفطريات
حساسية للحشرات
حساسية للأشجار
اسم المادة المحسسة
اسم المادة المحسسة
اسم المادة المحسسة
اسم المادة المحسسة
اسم المادة المحسسة

الجهاز العصبي والنفسي

- تقدير الماء
القلق
اغماء
حساس جدا
غير مقايل
فقدان الوعي
اعراض التوحد
شعور بالدوخة
شعور بالعصبية
شعور بالوحدة
شعور بالكلة
شعور بالحزن
شعور بالعزلة
شعور بالخمول
عارض توربيت Tourette
اعراض خوف
اعراض صرع خفيف
اعراض صرع شديد
اعراض من الانتقاد
افتقد زمام المبادرة
افتقد زمام الراحة
انفصام الشخصية
تفكير بالانتحار
شعور بالخطأ
شعور بالخجل
ميل لللقاء
ضغط نفسي
ضغط عالي
عدم ثقة بالنفس
رؤيا احلام مزعجة
عدم ميل للجنس الآخر
الطقس يؤثر على نفسى
تبول لا ارادى بالليل

اعراض الحساسية

- حساسية طوال العام
حساسية موسمية
حساسية الربيع
حساسية الصيف
حساسية الخريف
حساسية الشتاء
حساسية للغار
حساسية لحشرة السوس
حساسية لغبار الططلع
حساسية من الحليب
حساسية للأدوية
حساسية للحجبوب
حساسية من البيض
حساسية ملوثات الأكل
حساسية للحيوانات
حساسية الكيماوية
حساسية لفواكه
حساسية للكلا
حساسية لفطريات
حساسية للحشرات
حساسية للأشجار
اسم المادة المحسسة
اسم المادة المحسسة
اسم المادة المحسسة
اسم المادة المحسسة
اسم المادة المحسسة

لا اعراض

- تقدير الماء
تقدير الماء

الغدد الصماء

- تقدير الماء
تقدير الماء

النوم

- تقدير الماء
تقدير الماء

الرأس

- تقدير الماء
تقدير الماء

أي امراض سرطانية

- تقدير الماء
تقدير الماء

جهاز حساسية الوالدين

- تقدير الماء
تقدير الماء

الأطفال البالغين

الآن تدور دائرة

- ألم في الخصيّات
- فتاق في الخصيّات
- ورم في الخصيّات
- خصيّة مهاجرة

معلومات عن طريقة أكل إبني / إبني

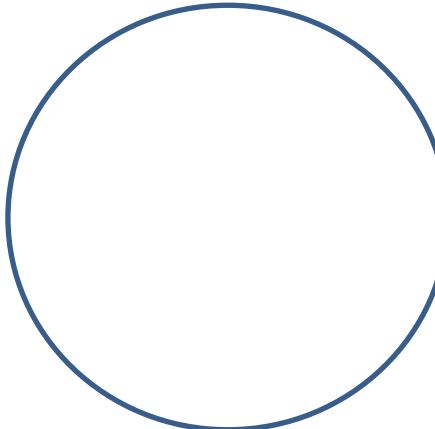
نقدیراً نادراً تكرراً داماً		يأكل الفطور يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يأكل الغداء يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يأكل العشاء يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يأكل بين الوجبات يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يشرب الحليب يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يأكل اللبن يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يأكل الجبن يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يأكل أليس كريم يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يأكل السلطة يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يأكل الفواكه يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يأكل اللحم يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يأكل الخبز يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يأكل السكريات يومياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يلعب رياضة بالليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يسهر حتى الساعة بالليلة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يشرب شاي بالليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يشرب بيرة بالليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يشرب كحول بالليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يشرب مياه غازية بالليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يدخن بالليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يدخن ماريونا بالليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	يستعمل زيت CBD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شوكولاتة بالليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حلويات بالليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قهوة عربية بالليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قهوة أمريكية بالليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مخدرات وما سواها بالليوم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Red Bull

الفتيات البالغات

ناترا تكرار دالما		تفصيل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تضخم الأذاء أثناء الدورة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	وجود كتلة في الأذناء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أعراض آلام الدورة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دورة غير منتظمة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إفرازات مهبلية بيضاء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حكة في الفرج
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سيلان صدبي من الحلمة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سيلان حليب من الحلمة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فطريات في المهبل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	* هل الأنثى حامل
<input type="checkbox"/>	نعم	تاريخ آخر دوره حيض
لا		* إن كانت حاملاً، عدد أشهر الحمل
		* ضع توقيعولي الأمر من فضلك ↵

للأطفال تحت عمر 10 سنوات

الرجاء أن تطلب من إبنته / إبنك أن يرسم أي صورة في
الدائرة هنا. دع إبنته / إبنك يرسم ما يريد



الرجاء أن تطلب من ابنك / ابنةك أن يكتب على الأسطر أي شيء بأي لغة من لغة إلى جملة حسب مستوى المدرسي .
دع ابنك / ابنته يكتب ما يرد

العمليات الجراحية

لا أعراض

التاريخ

العملية

القلب
الفتاق
المرارة
اللوز
الزانة
بواسير
القرحة
الأمعاء
زوائد أنفية
الجيوب الأنفية
كلث سرطانية
المبيض
كتلة على الثدي

الأدوية المستعملة حالياً سابقاً حساسية

- حبوب للربو
- كورتيزون
- مضاد حيوي
- حبوب الضغط
- حبوب للصداع
- حبوب أسيبرين
- حبوب تاليلينول
- حبوب للحساسية
- علاج مرض السكر
- حبوب مضاد حيوي
- علاج للكوليسترونول
- إبر لعلاج الحساسية
- إبر إنسولين لعلاج السكر
- حبوب تقوية الغدة الدرقية

قسيمة التاريخ الطبي والتاريخ العلاجي

الرجاء إتمام هذه الصفحة قبل الحضور إلى موعد الزيارة. إن هذه القسيمة مهمة جداً ومصممة لتلقي ضوء على حياتك من الولادة إلى اليوم بترتيب سنوي ومتتابع بالنسبة للعمر من جميع التوافي المرضية والدوائية والنفسية والطبية. إن الدكتور فاتح سراج الدين يرى أن علاج أي مرض يجب أن يدرس من جميع التوافي حتى يكون علاجاً كاملاً وناجحاً. لذا فإنه ي يريد أن يعرف عن كل ما تذكره عن حياتك وعن الأمراض التي أصابتك وعن الأدوية التي استعملتها وفترة استعمالها وعن الفترة التي قضيتها في المستشفى والسبب الذي دعى لها مثلاً لعملية اللوز وعملية المراة الخ. **انظر إلى المثال في الصفحة التالية**. ويريد أن يعرف أيضاً جميع الأدوية التي استعملتها في حياتك وخاصة المضاد الحيوي (أنتبيوتك) وحبوب منع الحمل والكورتيزون. يجب أن تشير إلى سنة بداية العلاج وإلى سنة نهاية العلاج. يمكنك أن تضيف صفات أخرى إذا احتاج الأمر.

من بعض الأمور التي يجب التركيز عليها هي:

1- فترة الرضاعة، 2- تاريخ وأسماء جميع الأدوية التي استعملتها طوال حياتك (قدر المستطاع)، 3- العمليات الجراحية ، 4- فترة الرضاعة ، 5- فترة التدخين.

فترة العلاج	السنة	العمر	فترة الرضاعة	شرح الحالة المرضية
		الولادة		
		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		7		
		8		
		9		
		10		
		11		
		12		
		13		
		14		
		15		
		16		
يمكن إضافة صفحة ثانية إذا احتاج الأمر				

لقد أقرت وزارة الصحة في مقاطعة أونتاريو أنه على جميع العيادات أن تسأل زوارها الأسئلة التالية عن مرض كوفيد-19 (COVID-19) حتى تمنع انتشار المرض. فإذا كان جوابك لأي من الأسئلة (نعم) ففي هذه الحالة يقتضي القانون أن لا نقدم لك خدمات الآن وعليك أن تغادر العيادة إلى المستشفى لتجري فحص كوفيد

		هل تشعر الآن أو خلال الأيام السابقة بأي من هذه الأعراض:									
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• ألم بالعضلات	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• حرارة	• صداع	• إسهال	• أي أعراض سعال	• زيادة في سعال سابق	• صعوبة في التنفس	• احتقان حادة الشم
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• تعب و إرهاق	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• نعوم	• نعوم	• نعوم	• نعوم	• نعوم	• احتقان حادة في الحلق	• فقدان حالة التذوق
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• دوخان أو إفقاء أو ألم في البطن	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• نعوم	• نعوم	• نعوم	• نعوم	• نعوم	• صعوبة في البلع	• حالة بروادة وسخونة
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• سيلان من الأنف أو التهاب في الأنف	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• نعوم	• نعوم	• نعوم	• نعوم	• نعوم	• احمرار في العين	• احمرار في العين
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• هل سافرت خارج كندا في الأسبوعين الماضيين	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• نعوم	• نعوم	• نعوم	• نعوم	• نعوم	• فقدان حالة الشم	• فقدان حالة التذوق
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• هل كانت نتيجتك لفحص COVID-19 إيجابية	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• نعوم	• نعوم	• نعوم	• نعوم	• نعوم	• احتقان حادة في الحلق	• حالة بروادة وسخونة
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• هل كنت في مكان واحد مع مريض COVID-19	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• نعوم	• نعوم	• نعوم	• نعوم	• نعوم	• احتقان حادة في البلع	• احتقان حادة في البلع
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• هل تستعمل الكمامات في جميع الأوقات	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• نعوم	• نعوم	• نعوم	• نعوم	• نعوم	• احتقان حادة في الحلق	• احتقان حادة في الحلق
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	• نطلب أن تستعمل الكمامات خال وجدك في العيادة	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> نعم	• نعوم	• نعوم	• نعوم	• نعوم	• نعوم	• احتقان حادة في البلع	• احتقان حادة في البلع
توقيعولي أمر المريض											

قسيمة التاريخ الطبي والتاريخ العلاجي

مثال

الرجاء إتمام هذه الصفحة قبل الحضور إلى موعد الزيارة. إن هذه القسيمة مهمة جداً ومصممة لتلقي ضوء على حياتك من الولادة إلى اليوم بترتيب سنوي ومتتابع بالنسبة للعمر من جميع التوافي المرضية والدوائية والنفسية والطبية. إن الدكتور فاتح سراج الدين يرى أن علاج أي مرض يجب أن يدرس من جميع التوافي حتى يكون علاجاً كاملاً وناجحاً. لذا فإنه ي يريد أن يعرف عن كل ما تذكره عن حياتك وعن الأمراض التي أصابتك وعن الأدوية التي استعملتها وفترة استعمالها وعن الفترة التي قضيتها في المستشفى والسبب الذي دعى لها مثلاً لعملية اللوز وعملية المراة الخ. **انظر إلى المثال في الصفحة التالية**. ويريد أن يعرف أيضاً جميع الأدوية التي استعملتها في حياتك وخاصة المضاد الحيوي (أنتبيوتك) وحبوب منع الحمل والكورتيزون. يجب أن تشير إلى سنة بداية العلاج وإلى سنة نهاية العلاج. يمكنك أن تضيف صفات أخرى إذا احتاج الأمر.

من بعض الأمور التي يجب التركيز عليها هي:

1- فترة الرضاعة، 2- تاريخ وأسماء جميع الأدوية التي استعملتها طوال حياتك (قدر المستطاع)، 3- العمليات الجراحية ، 4- استعمال المخدرات ، 5- فترة التدخين.

فترة العلاج	السنة	العمر	الولادة
لم أرضع عند الولادة بسبب مرض الوالدة	2005		
التهاب اللوز وعلاج بالمضاد الحيوي	1	2006	
التهاب اللوز وعلاج بالمضاد الحيوي	2		
التهاب اللوز وعلاج بالمضاد الحيوي	3		
التهاب اللوز وعلاج بالمضاد الحيوي	4	2009	
عملية إزالة اللوز	5		
	6		
أعراض الربو علاج بالبخار والكورتيزون	7	2012	
	8		
	9		
	10		
	11		
بداية الدورة الشهرية مع ألام حادة في البطن	12	2017	
	13		
	14	2019	
	15	2020	
	16	2021	