

File No#: 1000640

Patient Name: مصطفى Mosalli

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 20/05/2018

Nationality (الجنسية): ألبانيا

Marital Status (الحالة الاجتماعية): متزوج

E.MAIL:

How Did You Know About Us?

Date: 9/6/2018

اسم المريض: مصطفى

Gender (الجنس): M / ♂

Occupation (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): 060505077

	الحالة الطبية	Medical Condition	Yes/No نعم/لا	If 'YES' give details إذا كنت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حالياً؟		Yes/No نعم/لا	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟		Yes/No نعم/لا	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟		Yes/No نعم/لا	
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطيت من أي أمراض؟		Yes/No نعم/لا	
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		Yes/No نعم/لا	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		Yes/No نعم/لا	
	Anemia, Leukemia (مرض الدم)، لوكيميا		Yes/No نعم/لا	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبتين، السل، أمراض أخرى		Yes/No نعم/لا	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطيت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		Yes/No نعم/لا	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مالتح للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		Yes/No نعم/لا	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى		Yes/No نعم/لا	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أمراض معوية أخرى؟		Yes/No نعم/لا	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطيت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		Yes/No نعم/لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطيت من مرض الغدة الدرقية؟		Yes/No نعم/لا	
Other	Other conditions? أخرى؟ HSV, HIV...etc... فيروس الحلا البسيط		Yes/No نعم/لا	

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: Pain on / spontaneous

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____
Allergies: _____ Pregnancy: _____
Hospitalization: _____ Family History: _____

Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N

Remarks: _____

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination : _____

Diagnosis: Cavities extending into pulp 81

