

كيسلي تيريفدنتيلاستا أسئلة عن الحالة الصحية Päivämäärä التاريخ

HENKILÖTIEDOT البيانات الشخصية

1. الإسم:	2. تاريخ الميلاد:	3. دولة الميلاد:
5. العنوان في فنلندا:		4. محل الميلاد:
7. التأمين: <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم		6. رقم الهاتف:
9. أقرب الأقارب أو الشخص الذي يمكننا الاتصال به:		8. إسم شركة التأمين:
11. المادة الرئيسية / مجال التخصص الدراسي / اسم المدرسة:		10. رقم الهاتف:
		12. تاريخ بداية الدراسة:
		13. تاريخ التخرج حسب الخطة الدراسية:

TERVEYS الصحة

14. الحالة الصحية:	جيدة <input type="checkbox"/>	متوسطة <input type="checkbox"/>	سيئة <input type="checkbox"/>
15. هل أنت مريض بأمراض مزمنة؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	ما هي؟
16. هل أنت مريض بالكبد، التهاب الكبد الفيروسي؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	ما هو؟
17. هل أنت مصاب بفيروس HIV الأيدز؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	
18. هل تدخن أو تستخدم منتجات التبغ؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	ماذا تستخدم والكمية التي تستخدمها؟
19. هل تستخدم المشروبات الكحولية أو المخدرات؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	ماذا تستخدم والكمية التي تستخدمها؟
20. الأمراض السابقة التي مرضت بها أو العمليات الجراحية؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	ما هي؟
21. هل تعاني من الحساسية تجاه الأدوية؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	أي أدوية؟
22. هل كنت تعاني سابقاً من مرض السل؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	متى كان ذلك؟
23. هل حصلت على العلاج الدوائي ضد مرض السل؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	متى كان ذلك؟
24. هل كان لدى المقربين اليك (المقيمين معك في نفس السكن) مرض السل؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	أسماء الأدوية المستخدمة؟
هل تعاني الآن أو كنت قد عانيت سابقاً بأي من الأعراض التالي ذكرها: إذا كان الرد بنعم ، الرجاء أن تعطينا المزيد من المعلومات (على سبيل المثال، متى بدأت تلك الأعراض، هل تعاني من تلك الأعراض الآن، هل عرفت السبب في تلك الأعراض التي تعاني منها):			
25. سعال استمر عدة أسابيع	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	
26. سعال مصحوب ببلغم أو سعال مصحوب بدم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	
27. النحافة ونقص الوزن	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	
28. تصبب العرق ليلاً	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	
29. ارتفاع في درجة الحرارة استمر فترة طويلة	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	
30. انتفاخ وتورم العقد الليمفاوية (في مناطق الرقبة، الإبط، ثنية الفخذ) أو ألم أو إفرازات	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	

LÄÄKITYKSET الأدوية, ROKOTUKSET اللقاحات

31. هل تستخدم أي أدوية بوصفة طبية؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم ما هي؟		
هل حصلت على أي من اللقاحات التالية:		
32. شلل الأطفال متى؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	33. التيتانوس (الجزاز)/الدفتيريا (الخناق). متى؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	34. الحصبة/ النكاف/ الحصبة الألمانية. متى؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
35. هل مرضت سابقاً بالحصبة؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	36. هل مرضت سابقاً بمرض النكاف؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	37. هل مرضت سابقاً بالحصبة الألمانية؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم