**القسم الخاص بالمريض:** من فضلك قم بتعبئة هذا الاستمارة بالكامل مع الاستعانة بمساعدة إذا تطّلب الأمر ذلك ومن ثمّ خذها لطبيبك ليوقّعها.

الموقع الخدمات الصّحيّة متعدّدة الثقافات

أعِد من فضلك هذه الاستمارة إلى ’منسّق البرنامج‘ في وحدة ’الخدمات الصّحيّة متعدّدة الثقافات‘.

رقم الهاتف:

|  |
| --- |
| سرّي استبيان ماقبل القيام بالأنشطة |

الاسم\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_العمر\_\_\_\_\_\_\_\_تاريخ الولادة\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_الجنس: ذكر/أنثى

عنوان السكن\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_الرمز البريدي\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

رقم الهاتف (المنزل)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_رقم الهاتف (المحمول)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_رقم الهاتف (العمل)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

اسم شخص للاتّصال به في حالة الطوارئ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_رقم الهاتف\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

هل سبق أن عانيت أو هل تعاني مّما يلي:

القسم (أ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ارتفاع ضغط الدم | نعم/لا | قرحة في المعدة/الإثني عشري  | نعم/لا |
| انخفاض ضغط الدم | نعم/لا | أمراض في الكبِد/الكلى | نعم/لا |
| ارتفاع الكوليسترول/الشحوم الثلاثية في الدم | نعم/لا | السكّري | نعم/لا |
| ألم/ضيق في الصدر  | نعم/لا | الصرع | نعم/لا |
| الحمّى الروماتيزمية | نعم/لا | الفتق | نعم/لا |
| أيّة أمراض قلبٍ/جلطة  | نعم/لا | الاكتئاب أو القلق | نعم/لا |
| هشاشة العظام | نعم/لا | صعوباتٍ في التنفس أو الربو | نعم/لا |
|  |  | التهاب المفاصل | نعم/لا |

القسم (ب)

|  |  |
| --- | --- |
| هل لديك تاريخ عائلي من الإصابة بأمراض القلب أو السكتة الدماغية أو ارتفاع الكوليسترول عند الأقارب الذين يكونون دون 65 سنة من العمر؟  | نعم/لا |
| هل تدخّن السجائر/الغليون/السِجار؟ | نعم/لا |
| ماهي كمية الكحول التي تتناولها يومياً أو أسبوعياً؟  | نعم/لا |
| هل تعاني من ألمٍ/تشنجاتٍ في العضلات؟  | نعم/لا |
| هل تعرضّت لأيّ إصابات كبيرة؟ صِفها رجاءاً | نعم/لا |
|  هل مارست الرياضة البدنية من قبل؟ بأية وتيرة؟ متى كانت آخر مرّة؟ | نعم/لا |

القسم (ج)

|  |  |
| --- | --- |
| هل خضعت لعمليات جراحية كُبرى؟ إذا أجبت بنعم، أذكر متى كان ذلك واعط تفاصيل؟  | نعم/لا |
| هل تعاني من أو هل أصبت مؤخّراً بأيّةِ التهاباتٍ أو أمراض معدية ؟  | نعم/لا |
| هل تعاني من أيّة حالاتٍ مرضية أو أمراض أخرى من شأنها أن تحدّ من قدرتك على القيام ببرنامج الأنشطة؟  | نعم/لا |

القسم (د)

|  |  |
| --- | --- |
|  | مكان (أماكن) الألم |
| أكثر من 5 سنين☐ | 2-5 سنين☐ | 1-2 سنة☐ | 6-12 شهراً☐ | 3-6 أشهر☐ | استمرّ الألم لمدة |
|  | متقطّع☐ | مستمر☐ | موجع☐ | حارق☐ | نوع الألم |
| أسباب أخرى☐ | متعلق بمرض السرطان☐ | إصابة في العمل/المدرسة☐ | اصطدام مروري☐ | بعد العملية الجراحية☐ | كيف بدأ الألم الرئيسيّ الذي تعاني منه؟ |

**For GP to complete**

|  |  |
| --- | --- |
| List all the medications taken (include all prescription, traditional and over-the-counter medicines) |  |
| Medicine name (as on the label)  | Medicine strength (as on the label) and dose |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

In my opinion, there is no medical reason why I should not take part in the exercise program.

I understand that all safety precautions will be observed and I accept that there is a small risk associated with undertaking any exercise program. I have completed this form and I understand it. I will notify the Multicultural Health Worker and my instructor of any changes to my health by completing a new questionnaire.

لايوجد برأيي أي عائقٍ طبيّ يمنعني من المشاركة ببرنامج التمارين البدنية.

وأدركُ بأنّه سيتمّ مرعاةُ جميع تدابير السلامة في هذا البرنامج واسلّمُ بأن القيام بأي برنامجٍ للتمارين البدنية يكون مصحوباً بنسبة خطرٍ ضئيلة. ولقد قمت بتعبئة هذهِ الاستمارة وفهمت كلّ ما قد جاء فيها. كما وسأبلغُ عامل الخدمات الصحّية متعدّدة الثقافات ومدرّبي إذا ما طرأت عليّ أيّة تغيرات صحيّة وذلك عن طريق تعبئةِ استبيان جديدٍ بالكامل.

……………………………………. التاريخ …………..…………………….……………..…………………………………………….……. توقيع المُشارِك

 (DATE) (SIGN PARTICIPANT)

……………………………………… التاريخ ……………………………………………………………………….……………………………... توقيع الشاهد

(DATE) (SIGN WITNESS)

 ………………………………………………………………………………………………………………... أوافق على أن تقوم الخدمة بالاتصال بطبيبي

(I give my consent for the service to contact my GP)

**\* من فضلك دع الطبيب العام أو العامل الصحّيّ أن يوقع على هذه الاستمارة إذا كنت قد أجبت بنعم في القسم (أ).**

HEALTH PROFESSIONAL APPROVAL Signed: ………………………………………….………. Date: ……………………………..

التاريخ

التوقيع

(موافقة العامل الصحّي)

Health Professional Title e.g. General Practitioner/Physiotherapist: ………………………………..…………………………………

منصب العامل الصحّي مثل طبيب /معالج طبيعي

Name: …………………………………………………………………………….. Contact Ph: ……………………………………………………………

رقم

الاسم

Address ………………………………………………………………………………………..………………………….. Postcode: ……………………..

Published Apr 2017. ACI/D23/840 © State of NSW (Agency for Clinical Innovation)

Translated by the WSLHD Translation Service December 2017

الرمز البريدي

العنوان