



اسم المريض  العمر

1. طبيعة الإصابة (قدم وصفا للمضاعفات إن وجدت)

2. متى ظهرت الأعراض لأول مرة أو متى حصل الحادث؟ التاريخ

3. متى استشارك المريض للمرة الأولى بخصوص هذه الحالة؟ التاريخ

4. (أ) هل حدث وأن عانى المريض من نفس الحالة أو من حالة مماثلة؟  نعم  لا

(ب) إذا كان الجواب نعم، اذكر متى كان ذلك مع التفاصيل

5. (أ) هل كان يتر أحد الأطراف أو فقدان البصر هو فقط ما نجم عن الحادث؟  نعم  لا

(ب) إذا كان الجواب لا، قدم وصفا لأي مرض أو عجز ناجم عن الإصابة

6. يتر الأطراف

قدم وصفا دقيقا لمكان البتر الفعلي

7. فقدان البصر

(أ) هل حدث فقدان البصر بشكل كامل ولا يمكن شفاؤه؟  نعم  لا

(ب) إذا كان الجواب بنعم، اكتب التاريخ الدقيق لحدوث ذلك

(ج) إذا كان الجواب لا، فهل هناك أمل بالشفاء  نعم  لا

(د) متى ذلك؟ التاريخ بشكل تقريبي

8. (أ) هل هناك أمل باستعادة البصر كلياً أو جزئياً من خلال إجراء زراعة قرنية أو أي عمل جراحي آخر؟  نعم  لا

(ب) إذا كان الجواب نعم، اذكر متى مع تقديم شرح مفصل وكامل

9. (أ) حالة الرؤية قبل الإصابة العين اليمنى  /  العين اليسرى  /

(ب) حالة الرؤية حالياً (إن كانت معدومة اكتب لاشيء) العين اليمنى  /  العين اليسرى  /

(ج) قدم وصفا لأي مرض أو عجز في الرؤية قبل الإصابة

10. (أ) طبيعة الإجراء الجراحي، إن وجد (قدم وصفا كاملاً)

(ب) تاريخ الإجراء

(ج) أين تم تنفيذ ذلك الإجراء؟

(د) إذا تم ذلك بالمستشفى  مريض عيادات خارجية

11. اكتب تواريخ المعالجة المكتب  المنزل  المستشفى

12. (أ) هل ما يزال المريض تحت رعايتك بسبب هذه الحالة؟  نعم  لا (ب) إذا انتهى من ذلك اكتب التاريخ

13. إذا كان المريض قد تلقى الرعاية داخل المستشفى، اكتب أسماء وعناوين المستشفيات وتواريخ العلاج

المستشفى	العنوان	من	إلى

14. اكتب أسماء وعناوين كافة الأطباء المشرفين على العلاج

العنوان	الاسم

15. هل الوضع الحالي ناجم عن إصابة عمل؟  نعم  لا

توقيع (الطبيب المشرف)  التاريخ

الهاتف  الشارع  عنوان الشارع

المدينة/البلدة  الدولة/المقاطعة  الرمز البريدي

تصريح المطالب على الوجه الآخر