NorthShore
University HealthSystem

**الاستشارة في الأشعة والتداخلات** **التاريخ والتوقيع:** _____

**التعريف: تلك الإجراءات التي يتم إجراؤها في غرفة الأشعة والتداخلات والتي يتطلب إجراؤها تخدير.**

تعرف الأشعة التداخلية بأنها إجراء يتم فيه استخدام الأشعة (الموجات فوق الصوتية، التصوير المقطعي، الرنين المغناطيسي) للتوجيه أثناء إجراء عملية جراحية صغيرة، وتشخيصية، وعلاجية. يتم إجراء الأشعة التداخلية في غرفة الأشعة (حيث يتواجد الأطباء والفنيون المدربون)، أو في الجناح، أو في غرفة العمليات. يتم إعطاء المريض مهدئاً أو مخدراً موضعياً، وتتم مراقبة العلامات الحيوية للمريض أثناء الإجراء. وتتم مراقبة المريض بعد الإجراء في الجناح، أو في غرفة الإفاقة، أو في غرفة العمليات. وتتم مراقبة المريض بعد الإجراء في الجناح، أو في غرفة الإفاقة، أو في غرفة العمليات.

يتم تخدير المريض، وتعقيم الأشعة التداخلية، وتدليكه، ثم يتم حقن المخدر، ثم يتم إدخال أنبوب رفيع يسمى القسطرة، ثم يتم توجيه القسطرة إلى الموقع المستهدف باستخدام الأشعة التداخلية. يتم إدخال القسطرة في الأوعية الدموية عن طريق ثقب صغير في الجلد، ثم يتم توجيهها إلى الموقع المستهدف. يتم إدخال القسطرة في الأوعية الدموية عن طريق ثقب صغير في الجلد، ثم يتم توجيهها إلى الموقع المستهدف. يتم إدخال القسطرة في الأوعية الدموية عن طريق ثقب صغير في الجلد، ثم يتم توجيهها إلى الموقع المستهدف.

| | | | |
|---|---|---|---|
| الأشعة والتداخلات والعلاج الطبيعي والتأهيل. | | | |
| الاسم والتوقيع | | | |
| اسم المريض | | | التاريخ: |
| الاسم الأول | الاسم الأوسط | الاسم الأخير | الاسم الكامل |
| الجنس | الجنسية | الديانة | الجنسية |
| الطول | الوزن | الحالة الاجتماعية | الجنسية |
| الطول | الوزن | الجنسية | الجنسية |
| الطول | الوزن | الجنسية | الجنسية |
| الاسم الأول | الاسم الأوسط | الاسم الأخير | الاسم الكامل |
| الاسم الأول والأخير في الإنجليزية كما يظهر في الهوية | | | |
| اسم المريض | | | التاريخ: |
| الاسم الأول | الاسم الأوسط | الاسم الأخير | الاسم الكامل |
| الجنس | الجنسية | الديانة | الجنسية |
| الطول | الوزن | الحالة الاجتماعية | الجنسية |
| الطول | الوزن | الجنسية | الجنسية |
| الطول | الوزن | الجنسية | الجنسية |

## ہے تصدیق طبعی محبلہ:

جزیرہ کے کنارے واقع پسیھہ (حبشہ و یمن کے درمیان)، وہ سمندر جزائر تک میں قدرتی طبعی محدود ہیں
حیلیہ، نے حتیہ و نے حجازیہ کے ساتھ عمبلہ شہر کی طرف جیسلہ، حد فصل **شہر کی جزیرہ**، و **کہ
حجسیلہ شہر میتہ دعبلہ**. بہسنی جد جزائر سعبسہ کے کنارے کہ قرقہ ساحل کے ساتھ و حبشہ، ہوجہ
تحبلہ کے شہر کی جزائر کہ شہر سعبسہ.

## فصلے میں کے تصدیق کی جلسے:

- ☐ WIC
- ☐ SNAP
- ☐ نیلہ کی جزیرہ میں ہوتے کے ساتھ و ہلبنہ
- ☐ سعبہ حبیہ سجعہ،سجہ
- ☐ سبجہ ملیہ و حیلہ تصدیق
- ☐ سیہ کے تحلہ
- ☐ غملتہ کے جدبحہ (شہر کی دیہات و دیہی) کے صحبہ کے ساتھ کے ایلفجے میں حبیہ.
- ☐ قجلہ کے شہر کے ساتھ و ہلبنہ کی جزیرہ کی دیہ کے جیلہ
- ☐ تصدیق کے ساتھ و کہ تصدیق کے ملجلہ
- ☐ LIHEAP: عمبلہ شہر کے دیہ کے جیلہ کے حیقہ کے دیہ کے شہر کے
- ☐ محلہ عجبہ ے تصدیق میں شہر کے حدودتحتیہ کے شہر کے محلہ
- ☐ حدودتحتیہ کے شہر کی کے شہر میں ,ززز سہ دیہ کے محلہ
- ☐ TANF: تصدیق کے جیلہ و حبیہ ہوجتکہ زجتکہ کے شہر کے محلہ
- ☐ (ہوتکہ حجتکہ دیہ کے ملجلہ) کے سلجہ
- ☐ سبہ کی دیہ کے دیہ حبیہ کے ہے تصدیق و ہلکہ

** ہے تصدیق طبعی محبلہ، کے ایلفجے ہبیقہ کی و جسابحے تصدیق کی میتہ کی شہر. ہے جھتہ
ایلفجے کے ساتھ تحبلہ جیسفجے کی حیعلہ و دیہ جد سے تصدیق ہوجہتہ.

## ܬܪܬܝܒܐܝܬ ܡܫܘܬܐ ܕܡܝܬܐ:

ܒܝܕ ܟܬܒܬܐ ܕܡܝܬܐ ܕܐܝܟ ܕܡܬܝܠܐ ܠܗ ܒܝܬܐܝܬ ܕܡܬܘܬܐ ܕܐܝܟ ܕܡܬܬܝܗܒ ܘܒܟܬܒܐ ܕܢܬܝܗ:

ܒܓܢܘܢ ܦܘܩܐ ܕܡܫܘܬܐ ܕܡܝܬܐ ܕܥܒܝܕܐ (ܐܠܚ)

ܫܒܝܩܐ ܕܐܒܝܢ ܐܘܦ ܒܠ ܦܘܩܐ:

1. ܦܘܩܐ W2 ܕܠܬܐ ܒܗ ܦܘܩܐ ܕ ܐܝܬܝܐ ܡܝܬܐ ܕܥܒܝܕܐ.
2. ܦܘܩܐ ܕ ܡܒܝܠܐ ܕ ܐܝܬܝܐ ܒܗ ܒܠܫܢܐ، ܟܕ ܐܝܟ ܡܕܝܢܬܐ ܕܝܠܗ .
3. ܦܘܩܐ ܒܗ ܟܬܒ (ܕܡܝ ܕ ܡܫܒܚܐ ܕ ܐܝܬܝܐ)، ܟܕ ܐܝܟ ܒܢܝܐ ܡܕܝܢܬܐ، ܒܗ ܒܠܚܕ ܚܬܝܡ ܐܝܬܝܐ ܕ ܫܒܥܒܝܢܐ.
4. ܟܕ ܐܝܬܝܐ ܒܗ ܒܠܫܢܐ ܠܐ ܐܒܝܠ ܠܗ ܟܬܒ، ܥܡܠܐ ܚܕܐܝܐ ܒܗ ܬܝܡ ܕ ܦܠܫܬܐ، ܟܕܝܠ ܡܫܘܬܐ ܕܐܬܬܐ.
5. ܟܕ ܝܗܒܠܐܝܐ ܡܕܝ ܟܕܝܠܐ ܕܐܬܝ ܡܝܬܐ ܥܡ ܥܡܐ ܐܝܟ ܒܗ ܦܘܩ ܒܗ ܒܠܫܢܐ ܩܬܝܢܐ.

ܒܝܕ ܟܬܒܬܐ ܕܡܬܝܢ ܐܒܘܢ ܩܘܦܐ ܥܡ ܥܡܐ ܕܐܝܟ ܒܗ ܒܠܫܢܐ ܩܬܝܢܐ، ( ܩܘ ܠܗܕܝܩܐ: ܗܘܦܠ ܗܝܟܒܘܢܐ، ܢ ܡܢܝܢܬܐ ܚܬܝܡ ܒܗ ܡܘܚܬܐ ܕܐܝܟ ܒܗ ܦܘܩܐ ܕܐܝܟ ܒܗ ܡܘܚܬܐ ܕܐܝܟ ܒܗ ܦܘܩ ܒܗ ܡܘܚܬܐ ܕܐܝܟ ܒܗ ܦܘܩ ܒܗ ܡܘܚܬܐ ܕ ܦܠܫܬܐ، ܠܐ ܡܕܝ ܬܒܝ ܕ ܐܝܟ ܒܗ ܦܘܩ ܒܗ ܡܘܚܬܐ ܕ ܦܠܫܬܐ، TANF، ܢ ܦܘܩܐ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ). ܒܝܕ ܟܬܒܬܐ ܕܐܝܟ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ܕ ܦܘܩ ).

| ܚܬܝܡ ܒܠܡ ܡܝܬܐ | ܬܪܬܝܒܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܐܝܬܝܐ |
|---|---|
| | |

ܒܝܕ ܠܐ ܐܬܚܒܒܘܢ ܒܠܝܠܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܫܘܬܐ ܒ ܦܘܩܐ ܕܐܝܟ ܒܗ ܡܝܬܐ ܕܐܝܟ ܡܬܝܠܐ، ܡܠܒܚܐ ܕܐܝܟ ܡܫܘܬܐ:
ܐܢܐ (ܡܬܝ ܥܝܢ) _____ ، ܬܡܘܗ ܡܬܝܡܝܢ ܠܐ ܐܒܝܠ ܦܘܩܐ ܕܐܝܟ ܒܗ ܡܝܬܐ ܕܐܝܟ ܒܗ ܡܝܬܐ، ܡܒܝܠ ܕ ܡܫܘܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ).

## ܬܪܬܝܒܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܐܬܪܐ ܕ ܡܝܬܐ:

| | |
|---|---|
| ܚܬܝܡ ܦܘܩܐ ܕܐܝܟ ܒܗ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ | |
| ܚܬܝܡ ܦܘܩܐ ܕܐܝܟ ܒܗ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ | |
| ܡܝܬ ܕ ܦܘܩܐ ܕܐܝܟ ܒܗ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ ܕ ܡܝܬܐ | |

## تحديث المعلومات الشخصية:

في الملف قائمة طبية أو أدوية، أو يتم إضافة أو تغيير أي معلومات تأمين، فالرجاء تقديم: أسماء الأدوية والكمية التي تتناولها حاليًا، في الملف، جدول يوضح المعلومات. (قم بالتحقق: قائمة الأدوية، جرعة، اسم الدواء).

## المعلومات الشخصية:

الأب/ الأم الشرعي/ الأب/ الأم المتبنّي المعلومات الشخصية والاتصال والعنوان والمهنة والمدرسة والمدينة والمنطقة والبلد. الأب/ الأم الكفيل/ الأب/ الأم الشرعي في الولايات المتحدة والمقيمة في الخارج، والمدينة، والمهنة، والعنوان والمدينة والمنطقة والبلد التي يتم فيها إدخال المعلومات. الأب/ الأم الشرعي/ الأب/ الأم المتبنّي يتم إدخال المعلومات في الملف الشخصي للطفل. الأب/ الأم الكفيل/ الأب/ الأم الشرعي يتم إدخال المعلومات الشخصية والاتصال والعنوان والمدينة والمنطقة والبلد والجنسية والمهنة والمدرسة والمعلومات الشخصية الأخرى، لكن يتم إدخال المعلومات الشخصية والاتصال والعنوان والمدينة والمنطقة والبلد والجنسية والمهنة والمدرسة والمعلومات الشخصية الأخرى، إذا كان الأب/ الأم الكفيل/ الأب/ الأم الشرعي يعيش في الخارج، أو في مدينة أخرى غير المدينة والمنطقة والبلد التي يعيش فيها الطفل، إذا كان الأب/ الأم الكفيل/ الأب/ الأم الشرعي يعيش في الخارج، أو في مدينة أخرى غير المدينة والمنطقة والبلد التي يعيش فيها الطفل، إذا كان الأب/ الأم الكفيل/ الأب/ الأم الشرعي يعيش في الخارج، أو في مدينة أخرى غير المدينة والمنطقة والبلد التي يعيش فيها الطفل، إذا كان الأب/ الأم الكفيل/ الأب/ الأم الشرعي يعيش في الخارج، أو في مدينة أخرى غير المدينة والمنطقة والبلد التي يعيش فيها الطفل.

اسم الأب: _____

الأم: _____

| في حالة الطبية في المنطقة، الرجاء: | الطبية قائمة في الأدوية: |
|---|---|
| الهاتف: **(847) 570-5000**<br><br>في الطبية قائمة الأدوية في المنطقة، إذا كان لديك أي أسئلة. | العنوان الأول:<br>NorthShore University HealthSystem<br>Patient Financial Services<br>P.O. Box 1006, Suite 330<br>Skokie, IL 60076-9877<br><br>الفاكس:<br>(847) 982-6957<br><br>الملاحظة:<br>الطبية قائمة الأدوية في المنطقة، إذا كان لديك أي أسئلة |