NorthShore
University HealthSystem

تاريخ الولادة المتوقع: _____ **تاريخ آخر دورة شهرية:**

ملاحظة: يجب إكمال هذا النموذج من قبل المرأة الحامل.

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية (بقدر الإمكان) بأكبر قدر من الدقة. ستساعد هذه المعلومات في تحديد ما إذا كان من الآمن إجراء فحص الدم الخلوي الجنيني الحر (NIPT) لك. يتم إجراء فحص الدم الخلوي الجنيني الحر (NIPT) على عينة دم يتم أخذها من المرأة الحامل. يتم تحليل الحمض النووي الخلوي الجنيني الحر (cfDNA) في مجرى الدم. يتم تحليل الحمض النووي الخلوي الجنيني الحر (cfDNA) في مجرى الدم. يتم تحليل الحمض النووي الخلوي الجنيني الحر (cfDNA) في مجرى الدم. يتم تحليل الحمض النووي الخلوي الجنيني الحر (cfDNA) في مجرى الدم.

يرجى ملء هذا النموذج بالكامل وإرساله إلى مكتب طبيبك قبل موعدك. إذا كان لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بمكتب طبيبك. سيتم مراجعة هذا النموذج من قبل مستشار الوراثة قبل موعدك. يرجى إحضار هذا النموذج معك إلى موعدك.

يرجى ملء هذا الجزء بالكامل وإرساله إلى مكتب طبيبك قبل موعدك.	
معلومات المريض	
اسم المريض (الاسم الأول، الأوسط، اللقب)	**تاريخ الميلاد:**
العنوان	**المدينة** **الولاية** **الرمز البريدي**
رقم الهاتف	**رقم الهاتف البديل**
الجنس	**العرق**
الطول	**الوزن**
معلومات الحمل	
تاريخ آخر دورة شهرية	**الحمل الحالي**
تاريخ الولادة المتوقع	**الأسبوع**
الحمل المتعدد	**عدد الأجنة**
معلومات الحمل السابقة	
عدد الحمل	**عدد الولادات**
عدد الإجهاض	**عدد الولادات المبكرة**
عدد الولادات الميتة	**عدد الأطفال الأحياء**
معلومات الحمل الحالي (إذا كان ذلك ينطبق)	
تاريخ آخر دورة شهرية	**الحمل الحالي**
تاريخ الولادة المتوقع	**الأسبوع**
الحمل المتعدد	**عدد الأجنة**
عدد الحمل	**عدد الولادات**
عدد الإجهاض	**عدد الولادات المبكرة**
عدد الولادات الميتة	**عدد الأطفال الأحياء**

هل لديك أي أسئلة أخرى:

NorthShore
University HealthSystem

معلومات عن الطفل أو الأطفال **معلومات عن مقدم الطلب:** _____

يُرجى أن تكون على علم (معلم أو مستشار) أو أحد أفراد عائلة الطفل الذي يحتاج إلى رعاية خاصة، بأن الطفل المذكور أدناه **قد يكون مؤهلاً** أو **مؤهلة** للحصول على خدمات التدخل المبكر. إذا كنت ترغب في إحالة طفلك، فيرجى إكمال النموذج أدناه وإعادته إلى المكتب المحلي للتدخل المبكر.

يرجى وضع علامة بجانب البرامج التي يشارك فيها الطفل حاليًا:

- ☐ WIC
- ☐ SNAP
- ☐ برنامج الرعاية الصحية للأطفال المحتاجين
- ☐ برنامج التغذية المدرسية
- ☐ برنامج الإفطار
- ☐ برنامج الغذاء الصيفي
- ☐ برنامج الرعاية الصحية للأطفال المحتاجين (الأطفال الذين لا يتجاوز عمرهم 19 عامًا)، الذين لديهم تأمين خاص.
- ☐ برنامج الرعاية الصحية للأطفال المحتاجين الذين لا يتجاوز عمرهم 19 عامًا
- ☐ برنامج الرعاية الصحية للأطفال المحتاجين الذين لا يتجاوز عمرهم 19 عامًا
- ☐ LIHEAP: المساعدة في دفع فواتير الطاقة المنزلية
- ☐ المساعدة النقدية المؤقتة للعائلات المحتاجة
- ☐ المساعدة النقدية المؤقتة للعائلات ذات الدخل المنخفض
- ☐ TANF: المساعدة النقدية المؤقتة للعائلات المحتاجة (رقم القضية المؤقتة للعائلات المحتاجة)#_____ اسم مقدم الخدمة_____
- ☐ المساعدة في الحصول على الإسكان الدائم

** في حالة عدم وجود أي من البرامج المذكورة أعلاه، يرجى إكمال النموذج أدناه لتحديد ما إذا كان الطفل مؤهلاً للحصول على خدمات التدخل المبكر.

معلومات الاتصال:

NorthShore
University HealthSystem

تاريخ ومكان الولادة: _____ **اسم المستجيب أو المعالج:**

يرجى تقييم مستوى الألم الذي يشعر به الطفل في الوقت الحالي (أو أقصى مستوى للألم شعر به الطفل خلال الساعات الأربع الماضية). استخدم المقياس الذي يناسب عمر الطفل وقدراته بشكل أفضل.

إذا كان الطفل يتحدث/يفهم اللغة العربية، فاستخدم مقياس الأرقام (0-10) لتقييم شدة الألم. 0 يعني عدم الشعور بالألم على الإطلاق، و10 يعني أسوأ ألم يمكن تخيله.

0 – لا ألم: • الطفل هادئ ومسترخٍ. • يتحرك بحرية. • وجه الطفل طبيعي (بدون تجعيد الحاجبين أو الفم أو العينين).
1 – 3 – ألم خفيف: • الطفل هادئ ومسترخٍ. • وجه الطفل طبيعي (بدون تجعيد الحاجبين أو الفم أو العينين).
4 – 6 – ألم متوسط: • الطفل هادئ ومسترخٍ. • الطفل يتململ أو يتحرك بشكل غير مريح. • الطفل يتأوه أو يئن. • وجه الطفل يظهر عليه الألم (مثل تجعيد الحاجبين أو الفم أو العينين).
7 – 9 – ألم شديد: • الطفل يتململ أو يتحرك بشكل غير مريح. • الطفل يتأوه أو يئن بصوت عالٍ أو يصرخ. • الطفل يتجنب الاتصال البصري أو يغلق عينيه بإحكام. • الطفل يتململ أو يتحرك بشكل غير مريح. • وجه الطفل يظهر عليه الألم (مثل تجعيد الحاجبين أو الفم أو العينين).
10 – أسوأ ألم يمكن تخيله: • الطفل يتململ أو يتحرك بشكل غير مريح (أو لا يستطيع الحركة على الإطلاق). • الطفل يتأوه أو يئن بصوت عالٍ أو يصرخ. • الطفل يتجنب الاتصال البصري أو يغلق عينيه بإحكام. • وجه الطفل يظهر عليه الألم (مثل تجعيد الحاجبين أو الفم أو العينين).
ملاحظات أخرى حول تقييم الألم/الراحة:

NorthShore
University HealthSystem

معلومات عن المريض أو وثيقة **رقم الملف الطبي:** _____

يجب أن تتضمن جميع الوثائق/المعلومات المطلوبة ما يلي:

- التاريخ أو الفترة (من/إلى) التي تغطيها.
- الشكل المطلوب.
- الشكل المطلوب إرساله.
- أي معلومات أخرى محددة.

معلومات الاتصال أو العنوان المطلوب:

اسم الشخص أو الجهة التي يجب إرسال المعلومات إليها	
اسم الشخص أو الجهة التي يجب إرسال المعلومات إليها	
البريد أو الشخص أو الجهة التي يجب إرسال المعلومات إليها	

معلومات إضافية:

يرجى تقديم أي معلومات إضافية أو توضيحات قد تساعد في تحديد موقع السجلات المطلوبة، مثل: تاريخ الزيارة أو الإجراء، أو اسم الطبيب المعالج، أو أي تفاصيل أخرى ذات صلة.

معلومات المريض:

يرجى تقديم أي معلومات إضافية أو توضيحات قد تساعد في تحديد موقع السجلات المطلوبة.

NorthShore
University HealthSystem

مطلوب فقط في حالة الدفع بموجب شيك: _____

إذا كان لديك تأمين صحي، فيرجى إرسال:	مطلوب فقط في حالة الدفع شخصيًا:
للاستفسار: (847) 570-5000 **أو زيارة مكتب الخدمات المالية للمرضى في مستشفى NorthShore الجامعي للنظام الصحي.**	**بالبريد العادي:** NorthShore University HealthSystem Patient Financial Services P.O. Box 1006, Suite 330 Skokie, IL 60076-9877 **بالفاكس:** (847) 982-6957 **ملاحظة:** **يمكن لمكتب الخدمات المالية للمرضى الدفع شخصيًا.**

NorthShore
University HealthSystem

محفوظة لقسم الأشعة في المستشفى رقم الملف في المستشفى: _____

استمارة الموافقة على الإجراء/ العلاج الطبي

أنا المريض/ة أو الممثل القانوني المخول للمريض/ة الموقع أدناه، أوافق على أن يقوم الطبيب/ة المعالج/ة أو من ينوب عنه بإجراء الإجراء/ العلاج الطبي المذكور أدناه.

أوافق على إجراء _____ للمريض/ة

(اسم الإجراء/ العلاج الطبي المراد إجراؤه)

وقد تم شرح _____ لي من قبل الطبيب/ة المعالج/ة أو من ينوب عنه

_____

وأوافق على دفع مبلغ وقدره $ _____ عن هذا الإجراء/ العلاج (هذا لا يشمل أتعاب الطبيب/ة)

الإجراء/ العلاج التشخيصي (يتم تعبئته من قبل الطبيب/ة) _____

وأقر بأن الطبيب/ة المعالج/ة أو من ينوب عنه قد أجاب على جميع أسئلتي فيما يتعلق بالإجراء/ العلاج الطبي المراد إجراؤه (الموافق عليه أعلاه)

_____

التاريخ: _____

توقيع المريض/ة: _____

صلة القرابة بالمريض/ة: _____

اسم الشاهد: _____ توقيع الشاهد: _____

اسم الممثل القانوني للمريض/ة: _____ توقيع الممثل القانوني: _____