



سيدي العزيز /سيدتي العزيزة،
من أجل تسهيل استقبالك في العيادة الطبية، نطلب منكم قراءة نموذج المعلومات التالي، الذي يتضمن عناصر المقابلة التي سيجريها الموظفون معكم عند التسجيل، وعليكم بالاحتفاظ ببطاقتكم الصحية في متناول اليد.

| | |
|--------------------------------------|---|
| الحروق البسيطة/الشمسية | ألم الرأس/صداع/صداع نصفي (بألم خفيف إلى معتدل) |
| انقباض العضلات | اضطرابات الرؤية |
| ألم المفاصل | ألم في العين |
| الإسهال (بدون دم) | تهيج بسبب العدسات اللاصقة |
| اضطرابات الشرج | احمرار العين مع إفرازات/التهاب الملتحمة |
| ألم في البطن (بألم خفيف إلى معتدل) | إصابة العين بدون اضطرابات في الرؤية |
| ألم في الجانب (نوع المغص الكلوي) | جسم غريب في الأذن |
| الغثيان و/أو القيء المتكرر | ألم الأذن |
| آلام الظهر/آلام أسفل الظهر | تقليل السمع / إزالة الشمع |
| حرقان/ صعوبة في التبول | دم من الأنف |
| انسداد أو استبدال قسطرة المثانة | وجع أسنان |
| اضطراب في حالة القلق المعروفة مسبقاً | مشاكل ما بعد قلع الأسنان |
| حُمى | تخشب العنق |
| تضميد وإزالة الغرز | السعال/البرد/التهاب الحلق |
| جروح صغيرة | إصابات خفيفة (القدم، الكاحل، الركبتين، المرفق، المعصم، اليد) |
| تغير في مستوى السكر في الدم | الحكة واحمرار / تورم الجلد |
| تغير في ضغط الدم | لسعات الحشرات، ولدغات الحيوانات |