

## نموذج أداة ملف تعريف الصحة المحمول

نموذج أداة ملف التعريف الصحي المحمول (PHPT) من Kennedy Krieger Institute:

- يساعد على ضمان وجود معلومات الرعاية الصحية الخاصة بالمريض معه عند زيارته لطبيب سريري أو طلب خدمات طبية طارئة
- تمكين المرضى من تحمل مسؤولية رعايتهم الخاصة
- يتضمن مربعات نصية ليتم فيها تدوين معلومات الاتصال الأساسية المتعلقة بالصحة وفي حالات الطوارئ
- يتضمن مربعات نصية للمعلومات السرية والتي قد تكون مميزة أو مستثناة من الإفصاح بموجب القانون المعمول به

### 1. المعلومات الشخصية:

<u>الاسم</u>		<u>التاريخ</u>	
<u>عنوان الشارع</u>		<u>المدينة</u>	<u>الولاية</u>
<u>هاتف المنزل</u>		<u>هاتف العمل</u>	
<u>هاتف الجوال</u>		<u>نوع فصيلة الدم</u>	
<u>تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)</u>		<u>اللغة المفضلة</u>	
<u>العرق</u>		<u>الانتماء الإثنى</u>	
<u>الجنس</u>		<u>الهوية الجنسية</u>	

### 2. جهة (جهات) الاتصال في حالات الطوارئ:

<u>العلاقة</u>		<u>الاسم</u>
<u>الرمز البريدي</u>	<u>المدينة، الولاية</u>	<u>عنوان الشارع</u>
<u>الهاتف الجوال</u>		<u>هاتف المنزل</u>

<u>العلاقة</u>		<u>الاسم</u>
<u>الرمز البريدي</u>	<u>المدينة، الولاية</u>	<u>عنوان الشارع</u>
<u>الهاتف الجوال</u>		<u>هاتف المنزل</u>

3. الحالات الطبية/التشخيصات الطبية المعروفة (حدد كل ما ينطبق):

الحالة الطبية/التشخيص الطبي			
اضطراب طيف التوحد	<input type="checkbox"/>	مرض بالرئة	<input type="checkbox"/>
الاضطراب السلوكي	<input type="checkbox"/>	الولادة المبكرة/تأخر النمو	<input type="checkbox"/>
اضطراب بالدم	<input type="checkbox"/>	النوبات التشنجية/الصرع	<input type="checkbox"/>
السرطان - النوع: _____	<input type="checkbox"/>	إصابة الحبل الشوكي	<input type="checkbox"/>
ضعف السمع	<input type="checkbox"/>	السكتة الدماغية/نوبة إقفارية عابرة (TIA)	<input type="checkbox"/>
مرض القلب	<input type="checkbox"/>	إصابة الدماغ الرضحية	<input type="checkbox"/>
مرض الكلى	<input type="checkbox"/>	ضعف البصر	<input type="checkbox"/>
مرض كبدي	<input type="checkbox"/>	حالات الصحة العقلية (مثل الاكتئاب، القلق، الاضطراب ثنائي القطب، التفكير في الانتحار، إلخ)	<input type="checkbox"/>
أخرى (يُرجى الوصف): <input type="checkbox"/>			

4. العمليات الجراحية ودخول المستشفى:

التاريخ (شهر/يوم/سنة)	نوع الجراحة/سبب دخول المستشفى

5. الأدوية:

الدواء	الجرعة	معدل التكرار	تاريخ البدء (يوم/شهر/سنة)	تاريخ التوقف (يوم/شهر/سنة)	اسم الطبيب المعالج ورقم هاتفه




### 9. الاحتياجات الخاصة:

	<u>التنقل</u>
	<u>الحسية</u>
	<u>التواصل</u>
	<u>النمو</u>
	<u>استخدام المرحاض</u>
	<u>التغذية</u>
	<u>غير ذلك</u>

### 10. التطعيمات:

المصدر: <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/downloads/child/0-18yrs-child-combined-schedule.pdf>

<u>الاسم</u>	<u>تاريخ (تواريخ) الإعطاء</u>
الأنفلونزا	
الالتهاب الرئوي	
الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي (Dtap/Tdap)	
جدري الماء	
فيروس الورم الحليمي البشري (HPV)	
سلسلة لقاحات التهاب الكبد ب	
سلسلة لقاحات الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية (MMR)	
كوفيد-19	
أخرى	
أخرى	
أخرى	

### 11. الأطباء المفضلون:

<u>رقم الهاتف</u>	<u>مقدم الرعاية الأولية</u>
<u>الرمز البريدي</u>	<u>المدينة/الولاية</u>
	<u>عنوان الشارع</u>

<u>طبیب الأسنان</u>		<u>رقم الهاتف</u>
<u>عنوان الشارع</u>	<u>المدينة، الولاية</u>	<u>الرمز البريدي</u>

<u>الاختصاصي 1</u>	<u>التخصص</u>	<u>رقم الهاتف</u>
<u>عنوان الشارع</u>	<u>المدينة، الولاية</u>	<u>الرمز البريدي</u>

<u>الاختصاصي 2</u>	<u>التخصص</u>	<u>رقم الهاتف</u>
<u>عنوان الشارع</u>	<u>المدينة، الولاية</u>	<u>الرمز البريدي</u>

<u>الاختصاصي 3</u>	<u>التخصص</u>	<u>رقم الهاتف</u>
<u>عنوان الشارع</u>	<u>المدينة، الولاية</u>	<u>الرمز البريدي</u>

12. مقدمو الخدمات المجتمعية:

<u>مدير الرعاية</u>		<u>رقم الهاتف</u>
<u>عنوان الشارع</u>	<u>المدينة، الولاية</u>	<u>الرمز البريدي</u>

<u>وكالة منسق الخدمة</u>		<u>رقم الهاتف</u>
<u>عنوان الشارع</u>	<u>المدينة، الولاية</u>	<u>الرمز البريدي</u>

<u>وكالة الصحة المنزلية</u>		<u>رقم الهاتف</u>
<u>عنوان الشارع</u>	<u>المدينة، الولاية</u>	<u>الرمز البريدي</u>

<u>وكالة التمريض</u>	<u>رقم الهاتف</u>
<u>عنوان الشارع</u>	<u>الرمز البريدي</u>

13. المستشفيات المفضلة:

<u>الاسم</u>	<u>رقم الهاتف</u>
<u>عنوان الشارع</u>	<u>الرمز البريدي</u>

<u>الاسم</u>	<u>رقم الهاتف</u>
<u>عنوان الشارع</u>	<u>الرمز البريدي</u>

14. الصيدلية المفضلة:

<u>الاسم</u>	<u>رقم الهاتف</u>
<u>عنوان الشارع</u>	<u>الرمز البريدي</u>

15. معلومات التأمين الصحي  
نوع مقدم التأمين الصحي الأساسي:

خاص  برنامج Medicare  برنامج Medicaid  أخرى

<u>الاسم</u>	<u>رقم الهاتف</u>
<u>رقم الهوية</u>	
<u>اسم المجموعة</u>	<u>رقم المجموعة</u>
<u>اسم المشترك</u>	
<u>رقم المشترك/رقم الهوية</u>	
<u>عنوان شارع المشترك</u>	<u>الرمز البريدي</u>

نوع مقدم التأمين الصحي الثانوي:

خاص  برنامج Medicare  برنامج Medicaid  أخرى

<u>الاسم</u>		<u>رقم الهاتف</u>
<u>رقم الهوية</u>		
<u>اسم المجموعة</u>		<u>رقم المجموعة</u>
<u>اسم المشترك</u>		
<u>رقم المشترك/رقم الهوية</u>		
<u>عنوان شارع المشترك</u>	<u>المدينة، الولاية</u>	<u>الرمز البريدي</u>

16. وصية الأحياء/الأوامر الطبية الخاصة بمعلومات علاج استدامة الحياة (MOLST) (أى التوجيهات المسبقة - للأفراد الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكثر):

هل وقعت على وصية أحياء أو توجيه مسبق؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة نعم، فما هو موقع وصية الأحياء أو التوجيه المسبق؟

17. التوكيل العام:

<u>الاسم</u>		<u>العلاقة</u>
<u>عنوان الشارع</u>		<u>المدينة، الولاية</u>
<u>هاتف المنزل</u>	<u>هاتف العمل</u>	<u>الهاتف الجوال</u>