

المعلومات والمساعدة
1-800-339-4661

تم التحديث بتاريخ

____ / ____ / ____



برنامج VIAL OF LIFE

الاسم (Name) _____
كفيف (Blind)
أصم (Deaf)
مصاب بمرض الزهايمر أو الخرف المرتبط به
(Alzheimer's Disease or Related Dementia)
العنوان (Address) _____
الرمز البريدي (Zip code) _____ المدينة (City) _____
رقم الهاتف (Phone #) _____
تاريخ الميلاد (Date of Birth) _____ أنثى ذكر
(Female) (Male)
رقم الضمان الاجتماعي (آخر أربعة أرقام) (Social Security Number (last four digits)) _____
رقم الطبي (آخر أربعة أرقام) (Medicare Number (last four digits)) _____
رقم البوليصا (Policy Number) _____ تأمينات أخرى (Other Insurance) _____
 لا (No) نعم (Yes)
هل يوجد لديك توجيه رعاية صحية مسبق؟ (Do you have an Advance Health Care Directive?)
إذا كانت الإجابة نعم، الموقع (If yes, location) _____
الوكيل (Agent) _____ رقم الهاتف (Phone) _____
 لا (No) نعم (Yes)
 لا (No) نعم (Yes)
هل تحمل "طلب عدم الإنعاش" (Do you have a 'Do Not Resuscitate Order'?)
هل سجلت لدى عمدة البلدة "خذني إلى المنزل"؟ (Registered with Sheriff's 'Take Me Home'?)

جهات الاتصال في حالات الطوارئ (EMERGENCY CONTACTS)

الاسم (Name)	العلاقة (Relationship)	رقم الهاتف والبريد الإلكتروني (Phone #, E-mail)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

معلومات حول الحيوانات الأليفة (PET'S INFORMATION)
الاسم والنوع (Name & Type) _____
الطبيب البيطري (Veterinarian) _____ رقم الهاتف (Phone #) _____
البيانات الطبية (MEDICAL INFORMATION)
الطبيب المباشر (Primary Doctor) _____ رقم الهاتف (Phone #) _____
الطبيب البديل (Secondary Doctor) _____ رقم الهاتف (Phone #) _____
المستشفى (Hospital) _____ رقم الهاتف (Phone #) _____
الطول (Height) _____ الوزن (Weight) _____ فصيلة الدم (Blood Type) _____
ضغط الدم الطبيعي (Normal Blood Pressure) _____
الحساسية من الأدوية أو الأطعمة (Allergies to drugs or foods) _____
يرجى إدراج أي حالات طبية تنطبق (على سبيل المثال: أمراض القلب، والسكري، وارتفاع ضغط الدم، والسكتة الدماغية)
(Please list any medical conditions that apply, for example: cardiac, diabetes, hypertension, stroke)

هل؟
(Do you?)

<input type="checkbox"/> لا (No)	<input type="checkbox"/> نعم (Yes)	ترتدي نظارة؟ (Wear glasses?)	<input type="checkbox"/> لا (No)	<input type="checkbox"/> نعم (Yes)	تضع أطقم أسنان؟ (Wear dentures?)
<input type="checkbox"/> لا (No)	<input type="checkbox"/> نعم (Yes)	تستخدم أنبوب الأكسجين؟ (Wear contacts?)	<input type="checkbox"/> لا (No)	<input type="checkbox"/> نعم (Yes)	تضع عدسات لاصقة؟ (Use Oxygen?)
<input type="checkbox"/> لا (No)	<input type="checkbox"/> نعم (Yes)	تستخدم كرسي متحرك؟ (Wear hearing aids?)	<input type="checkbox"/> لا (No)	<input type="checkbox"/> نعم (Yes)	تضع سماعات للأذن؟ (Wheelchair?)

معلومات أخرى مهمة عن حالات الطوارئ
(Other Important Emergency Information)

التحصينات
(Immunizations)

أين تحتفظ بأدويةك؟
(Where do you keep your medications?)

الأدوية (MEDICATIONS)

(بوصفة طبية، أدوية يتم صرفها بدون وصفة طبية، فيتامينات، مكملات عشبية)
(Prescription, Over-the-counter Drugs, Vitamins, Herbal Supplements)

الاسم (Name)	عدد الجرعات (Dose-Freq)	دواعي الاستخدام (Purpose)
الاسم (Name)	عدد الجرعات (Dose-Freq)	دواعي الاستخدام (Purpose)
الاسم (Name)	عدد الجرعات (Dose-Freq)	دواعي الاستخدام (Purpose)
الاسم (Name)	عدد الجرعات (Dose-Freq)	دواعي الاستخدام (Purpose)
الاسم (Name)	عدد الجرعات (Dose-Freq)	دواعي الاستخدام (Purpose)
الاسم (Name)	عدد الجرعات (Dose-Freq)	دواعي الاستخدام (Purpose)
الاسم (Name)	عدد الجرعات (Dose-Freq)	دواعي الاستخدام (Purpose)
الاسم (Name)	عدد الجرعات (Dose-Freq)	دواعي الاستخدام (Purpose)
الاسم (Name)	عدد الجرعات (Dose-Freq)	دواعي الاستخدام (Purpose)

يُرجى تسجيل كافة المعلومات بأسلوب يكون من السهل لموظفي الطوارئ الطبية قراءته.

(Please record all information in a manner easy to read by emergency medical personnel.)