

الفحص الطبي الأولي لطالبي اللجوء الكبار

Aikuisten turvapaikanhakijoiden alkuterveystarkastus arabiaksi

المعلومات الأولية (سرد لحالة المريض):	
اسم العائلة والأسماء الشخصية:	تاريخ الميلاد:
رقم التسجيل للأجنبي:	
دولة الولادة: في أي دولة ولدت؟ سجل دولة الولادة / لا توجد معلومات بشأن ذلك	مستوى التعليم: ما هو التعليم أو المؤهل العلمي الأعلى الذي حصلت عليه؟ لا تعليم على الإطلاق أو تعليم أولي / مرحلة التعليم الابتدائي / مرحلة التعليم الإعدادي / مرحلة التعليم المتوسط / مستوى تعليم معهد / مستوى تعليم بكالوريوس / مستوى تعليم ماجستير / مستوى تعليم الباحث / مستوى التعليم غير معروف.
المهنة والعمل: في أي مجال كنت تعمل بشكل أساسي قبل المجيء إلى فنلندا؟ الجنود / المدراء / الخبراء المتخصصون / الخبراء / العاملون في المكتب ولخدمات الزبائن / عاملو الخدمات والمبيعات / المزارعون والعاملون في مجال الغابات وما شابه ذلك / عمال البناء والترميم والتجهيزات / مشغلو الآلات وعمال النقل / العمال الآخرون / غير معروف	مهارة القراءة: ما مدى معرفتك للقراءة؟ استطيع قراءة جميع النصوص / أستطيع قراءة النصوص البسيطة / أستطيع قراءة الأسماء والكلمات والعبارات البسيطة جداً / لا أعرف على الإطلاق.
مناطق الإقامة: في أي دول كنت تسكن قبل أن تأتي إلى فنلندا؟ سجل الدول التي سكنت فيها / لا توجد دول أخرى تم السكن فيها / لا توجد معلومات بشأن ذلك	الظروف: هل عشت في الشارع أو في مخيم اللاجئين أو في مركز استقبال اللاجئين أو كنت في وحدة التحفظ على الأفراد أو في السجن؟ لا / في الشارع / في مخيم اللاجئين / في مركز استقبال اللاجئين / في وحدة التحفظ على الأفراد / في السجن / لا توجد معلومات بشأن ذلك
شعورك بحالة الصحة لديك: كيف تشعر صحتك في الوقت الحاضر؟ خيارات الإجابة هي: جيدة جداً / جيدة / مقبولة / سيئة / سيئة جداً	الأمراض المزمنة: هل لديك مرض مُزمن مُعين أو مشكلة صحية مُزمنة؟ الأمراض من الممكن أن تكون على سبيل المثال مرض ضغط الدم أو الاكتئاب النفسي أو مرض قلب أو حساسية. سجل الأمراض / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك
المعلومات الأولية بشأن السل: هل مرضت من قبل أنت أو أحد أفراد عائلتك أو قريبك بمرض السل؟ نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك	الفترات التي تم قضائها في المستشفى والعمليات الجراحية: هل تم إجراء لك فحوصات مهمة أو علاج أو فترات علاج في المستشفى أو عمليات جراحية؟ نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك
الدواء الذي تستخدمه الآن: ما هي الأدوية التي تستعملها في الوقت الحاضر؟ هل تم وصف أدوية لك، ولكنك لا تستخدمها في الوقت الحاضر؟	الدواء

<p>الأعراض: هل ظهرت لديك أعراض أو أوجاع أثناء فترة الشهر الأخير؟ الأعراض من الممكن أن تكون على سبيل المثال ألم الأسنان أو ألم الرأس أو الظهر أو أوجاع البطن أو أعراض على الجلد أو نقص للوزن غير إرادي. نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>		<p>الحالة الصحية في الوقت الحاضر</p>
<p>البلغم: هل ظهر لديك أثناء فترة الشهر الأخير الأخرير سعال/قحة كان يخرج معها بلغم أو دم؟ نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>	<p>السخونة أي ارتفاع درجة الحرارة: هل كان لديك أثناء فترة الشهر الأخير ارتفاع في درجة الحرارة استمر لمدة تزيد عن ثلاث أسابيع؟ نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>	
<p>القدرة على الفعالية: هل لديك مشكلة صحية تقيدك/تقيد فعاليتك ونشاطاتك اليومية؟ خيارات الإجابة هي: لا تقيد / تقيد ولكن ليس بشكل خطير / تقيد بشكل خطير</p>		
<p>السمع: هل لديك مشكلة بخصوص السمع، بحيث تؤثر على فعاليتك ونشاطاتك اليومية؟ نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>	<p>النظر: هل لديك مشكلة بخصوص النظر، بحيث تؤثر على فعاليتك ونشاطاتك اليومية؟ نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>	

<p>التجارب الصادمة: تحدث مع الناس أحياناً أمور من الممكن أن تكون صادمة جداً، ومن الممكن أن يكون لها تأثيرات طويلة المدى على الصحة والرفاهية. أسألكم فيما يلي عن بعض هذه التجارب. هل تعرضت للأشياء الصادمة التالية: تعرضت للتعذيب؟ كنت ضحية للعنف الجنسي؟ تم إجبارك أو الضغط عليك أو الاحتيال عليك كي تفعل أمور لم تكن ترغب بقلها؟ تعرضت إلى تجارب صادمة أخرى، ما هي؟ لا / التعذيب / العنف الجنسي / الإجبار / تجربة صادمة أخرى / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>		<p>الرفاهية النفسية</p>
<p>الإعاقات/الإصابات: هل لديك إعاقة/إصابة قد تسبب بها العنف أو حادث؟ نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>	<p>تهديد العنف: هل تشعر بالتهديد بالعنف في الوقت الحاضر؟ نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>	
<p>أعراض الصحة النفسية (استبيان - PROTECT): أسأل فيما يلي عن الأعراض، التي من الممكن أن تسببها على سبيل المثال التجارب المذكورة أعلاه. أجب على الأسئلة بناءً على الأسابيع الأخيرة:</p> <p>[] حالات غضب [] الأرق [] كوابيس [] ألم في الرأس [] الآم جسدية أخرى [] تذكر أمور مؤلمة [] صعوبات في التركيز [] الخوف [] النسيان [] حالة لامبالاة عدد نقاط - Protect: 10 /</p>		
<p>تدمير الذات: هل كانت لديك أثناء فترة الأسابيع الأخيرة أفكاراً بحيث رغبت بإيذاء نفسك؟ نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>		

<p>منتج التبغ/الدخان: هل تُدخن أو تستعمل منتجات النيكوتين الأخرى كالسيجارة الإلكترونية أو النرجيلة/الشيشة أو هل دخن من قبل وأوقفت التدخين؟ التبغ أي الدخان / السعوط / السجارة الإلكترونية / شيء آخر</p>		<p>العادات والأطباق الصحية</p>
<p>استعمال مُنتج التبغ أو الدخان: كم عدد المرات أو قدر الاستخدام؟ يوميًا / عشوائياً / لا مطلقاً / قد أوقفت الاستخدام</p>		
<p>استخدام المشروبات الكحولية: هل تستخدم المشروبات الكحولية؟ نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>		
<p>اختبار - AUDIT-C: 1. ما مدى كثافة شربك للبيرة أو النبيذ أو المشروبات الكحولية الأخرى؟ حاول أن تحسب من ضمن ذلك تلك المرات أيضاً التي تشرب أثنائها كميات ضئيلة، على سبيل المثال قارورة بيرة متوسطة التركيز أو رشفة من النبيذ؟ [] لم يحدث مطلقاً (0) [] تقريباً مرة واحدة في الشهر أو أقل من ذلك (1)</p>	<p>2. كم عدد جرعات الكحول التي تشربها في العادة في تلك الأيام التي تشرب فيها الكحول؟ [] 1-2 جرعات من الكحول (0) [] 3-4 جرعات من الكحول (1) [] 5-6 جرعات من الكحول (2) [] 7-9 جرعات من الكحول (3) [] 10 أو أكثر من ذلك (4)</p>	

		[] 4 مرات في الأسبوع أو أكثر من ذلك (4)
<p>استعمال المخدرات الأخرى: هل استعملت مُخدرات أخرى كالكُنب (الحشيش) أو القات أو مُخدرات أخرى أو أدوية بغرض استخدامها كمادة مُخدرة. لا / أشباه الأفيونيات/ المحفزات / أدوية النوم أو المهدئات / العقاقير المسببة للهلوسة / محاليل المذيبات / عقار جاما هيدروكسي بيوتيريت أو الورنيش / القنب أي الحشيش / أشياء أخرى / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>		

<p>المشاكل المتعلقة بنزيف الدورة الشهرية: هل لديك مشاكل فيما يتعلق بالدورة الشهرية؟ لا توجد مطلقاً / ألم مُزعج أثناء فترة الدورة الشهرية / النزيف الدموي الكثيف أثناء فترة الدورة الشهرية / الدورات الشهرية غير المنتظمة / أوجاع أخرى، ما هي؟</p>			
<p>الحمل: هل أنت حامل؟ نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>	<p>الدورة الشهرية الأخيرة: متى كانت لديك الدورة الشهرية الأخيرة؟</p>	<p>عدد مرات الحمل: هل كنتِ حاملاً قبل ذلك؟ إذا كنتِ حاملاً من قبل، فكم مرة كنتِ حاملاً؟</p>	<p>عدد مرات الولادة: هل ولدتِ من قبل؟ إذا كنتِ قد ولدتِ من قبل، فكم عدد مرات الولادة؟</p>
<p>أطرح أسئلة فيما يلي بشأن شركاء العلاقة الجنسية. بذلك يكون بإمكاننا التحدث فيما إذا كنت بحاجة إلى فحوصات وعلاج فيما يتعلق بهذه المعلومات. من المهم الإجابة على الأسئلة حسب وضعك، دون التفكير بالأشياء المتوافق بشأنها أو المقبولة بين الجماعة التي أنت منها. في فنلندا لا يجوز تهميش أي شخص بناءً على أمره الجنسية أو بناءً على التصرف الجنسي.</p>			
<p>الجنس: هل مارست الجنس خلال السنة الأخيرة؟ لا ممارسة للجنس على الإطلاق / ممارسة للجنس مع شخص من الجنس الآخر / ممارسة الجنس مع شخص من نفس الجنس / لا أريد الإبلاغ عن ذلك</p>	<p>عدد الشركاء: كم عدد الأشخاص الذين مارست الجنس معهم خلال السنة الأخيرة؟ واحد فقط / 1 - 10 / أكثر من 10 / لا أريد الإبلاغ عن ذلك</p>		
<p>منع الحمل: هل تحتاجين إلى الواقي لمنع الحمل أو للوقاية من الأمراض التي تنتقل من خلال الجنس؟ لا توجد حاجة ولا تُستعمل / توجد حاجة، ولكن لا تُستعمل / تستعمل مانع الحمل / لا توجد رغبة في الإبلاغ عن ذلك</p>			
<p>الختان: يتم ختان البنات/الأولاد في بعض الدول، حيث أن ذلك من الممكن أن يُؤثر على الصحة. هل تم إجراء عملية الختان لك؟ نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك</p>			

الصحة الجنسية والصحة المتعلقة بالتكاثر

المعلومات الأولية الأخرى:

المعلومات الخاصة بالمخاطر (على سبيل المثال: الحساسيات للأدوية)

الوضع الحالي (حال الشخص):	
الجلد: هل هناك أشياء غير طبيعية تمت ملاحظتها أثناء فحص الجلد؟ نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك	فحص الفم: هل هناك أشياء غير طبيعية تمت ملاحظتها أثناء فحص الفم؟ نعم / لا / لا توجد معلومات بشأن ذلك

الملاحظات الأخرى بشأن الوضع الحالي:

القياسات الفسيولوجية	
ضغط الدم ونبض القلب:	درجة حرارة الجسم:
الوزن، بالكيلوجرام: هل طرأت تغيرات على الوزن:	الطول، بالسنتيمتر:
	مؤشر كتلة الجسم (BMI)

التطعيم واللقاحات
التطعيم واللقاحات السابقة: ما هي التطعيمات أو اللقاحات التي حصلت عليها أنت/الطفل قبل المجيء إلى فنلندا؟ لا تطعيمات أو لقاحات على الإطلاق / بعض التطعيمات أو اللقاحات / جميع التطعيمات أو اللقاحات التي في البلد الأصل
بيانات التطعيمات واللقاحات:

الخطة:	
الخطة:	
مواصلة العلاج والفحوصات الإضافية: صورة أشعة للرنين / فحوصات الدم للغريلة / الفحص الطبي الأولي للطبيب / ممرضة مركز استقبال اللاجئين / الطبيب / طبيب الأسنان / استشارات الأمومة والطفولة / الرعاية الصحية للمدرسة أو الرعاية الصحية الطلابية / عاملة الخدمات الاجتماعية / تحويلة أخرى أو حجز موعد	
التوجيه: الخدمات الصحية / أدوية العلاج الشخصي بدون وصفة طبيب / الصحة النفسية / صحة - (SELI) / التغذية / صحة الفم / توجيه من نوع آخر	
موافقة على التسليم: نم منح الموافقة / موافقة مُقيدة / غير موافق	موافقة على الجلب: نم منح الموافقة / موافقة مُقيدة / غير موافق
التوقيع:	