



# Zweisprachige Anamnesebögen

(Deutsch – Arabisch عربي )

Klinik für Neurologie

## Inhalt :

1. Erster Kontakt : Rezeption
2. Kommunikationsbogen auf der Station (Neurologie)
  - 2.1 Pflegedienst → Patient
  - 2.2 Patient → Pflegedienst
3. Anamneseerhebung:
  - 3.1 Allgemeine Anamnese
  - 3.2 Schmerz allgemein
  - 3.3 Kopfschmerz
  - 3.4 Bewusstseinsstörung inkl. epileptischer Anfälle
  - 3.5 Sensomotorische Ausfälle (TIA/Schlaganfall)
  - 3.6 Schwindel
4. Aufklärungen für Untersuchungen :
  - 4.1 Lumbalpunktion
  - 4.2 CT
  - 4.3 MRT

**Hinweis:**

Die kommerzielle Nutzung und kommerzielle Weitergabe des Werkes sind nicht gestattet.  
Alle Rechte liegen bei der Alexianer Sachsen-Anhalt GmbH.



## 1. Erster Kontakt : Rezeption قسم الاستعلامات

Guten Tag, Wie kann ich Ihnen behilflich sein :	مرحباً , كيف يمكنني مساعدتك ؟
<input type="checkbox"/> Ich will einen Patienten (Namen) besuchen	1. أريد زيارة أحد المرضى , اسمه .....
<input type="checkbox"/> Ich habe einen Aufnahmetermin/Vorgespräch, mein Name ist .....	2. لدي موعد مع طبيب, اسمي هو .....
<input type="checkbox"/> Ich habe ein medizinisches/psychiatrisches Problem, und suche einen Arzt.	3. لدي مشكلة عصبية/نفسية وأبحث عن طبيب.
Bitte wenn Sie einen Einweisungsschein (rosa Zettel) haben, geben Sie ihn ab.	الرجاء في حال لديك "تحويلة طبية" من طبيب آخر أعطنا إيها , التحويلة الطبية هي ورقة زهرية اللون.
Bitte nehmen Sie Platz.	من فضلك , يمكنك الجلوس والانتظار هنا
Wir rufen Sie später auf.	سننادي عليك لاحقاً
Bitte warten Sie, Sie werden von einer Schwester abgeholt	الرجاء الانتظار , سوف تأتي إحدى الممرضات لاصطحابك إلى الشعبة

## بياناتك الشخصية Persönliche Angaben

Name الكنية :	Vorname الاسم الأول :
Geburtsdatum تاريخ الميلاد :	Telefon رقم الهاتف :
Adresse عنوان السكن الحالي :	Familienstand الحالة الاجتماعية :
	<input type="checkbox"/> Ledig عازب <input type="checkbox"/> Verheiratet متزوج <input type="checkbox"/> geschieden مطلق <input type="checkbox"/> verwitwet أرمل
Hausarzt – einweisender Arzt اسم الطبيب الذي حولك لنا :	
<input type="checkbox"/> Ich habe eine Gesundheitskarte (bitte abgeben) , (الرجاء اعطاها للاستعلامات) , لدي بطاقة تأمين صحي <input type="checkbox"/> Ich habe eine Versichertenkarte (bitte abgeben) , (الرجاء اعطاها للاستعلامات) , لدي بطاقة صحية من السوتسيال آمت <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert. ليس لدي تأمين صحي <input type="checkbox"/> Ich habe den Aufenthaltstitel in Deutschland لدي تصريح إقامة في ألمانيا	

## معلومات عن أحد اقربائك في ألمانيا Angehörige

Name كنيته :	Vorname اسمه الأول :
Telefon رقم الهاتف :	Verwandschaftsgrad درجة القرابة :
Welche Sprachen spricht er/sie ? ما اللغات التي يتحدثها ؟	<input type="checkbox"/> Ehemann/Ehefrau زوج - زوجة <input type="checkbox"/> Bruder/Schwester شقيق - شقيقة <input type="checkbox"/> Vater/Mutter والد - والدة <input type="checkbox"/> Cousin/Cousine ابن أو ابنة عم أو خال <input type="checkbox"/> Freund/Freundin صديق أو صديقة
<input type="checkbox"/> Deutsch اللغة الألمانية <input type="checkbox"/> Englisch اللغة الانكليزية <input type="checkbox"/> nur Arabisch يتحدث فقط اللغة العربية	



- 2.1 Kommunikationsbogen - ورقة التواصل  
Klinik für Neurologie - شعبة الأمراض العصبية  
Pflegedienst → Patient - معلومات من التمريض للمريض

<p>Guten Tag und angenehmen Aufenthalt bei uns hier auf St. Hildegard (Neu1). Sie werden in einem unserer Zimmer untergebracht. Im Zimmer befindet sich Ihr Bett, daneben 3 Fernbedienungen.</p> <p>Die Erste bedient den Fernseher. Um den Fernseher hören zu können, brauchen Sie Kopfhörer, diese wird Ihnen die Schwester geben. Bitte den Fernseher leise hören damit ihr Bettnachbar nicht gestört wird.</p> <p>Die zweite Fernbedienung ist für das Bett, mit dieser Fernbedienung können Sie die Bettposition verstellen.</p> <p>Die dritte Fernbedienung hat einen roten Knopf, sollten Sie Hilfe von Krankenschwestern benötigen, drücken Sie bitte den Knopf.</p> <p>Auf der Station befindet sich der Speiseraum, bitte finden Sie sich zu den folgenden Zeiten dort ein:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Frühstück um 7:30 Uhr</li><li>2. Mittagessen um 11:30 Uhr</li><li>3. Abendessen um 17:30 Uhr</li></ol> <p>Sollte Ihnen der Arzt oder Schwester/Pfleger eine andere Anweisung geben, so befolgen Sie diese bitte.</p>	<p>يوماً طيباً وإقامة هنيئة لدينا في شعبة الأمراض العصبية ( شعبة القديسة هيلديغارد ). سوف تتم استضافتك في احدى غرف شعبتنا. داخل الغرفة ستجد سريرك , وبجانبه ثلاثة أجهزة تحكم. الجهاز الأول هو جهاز التحكم بالتلفاز, لسماع صوت التلفاز ستحتاج إلى سماعات, سيقوم التمريض باعطائك إيها لاحقاً. الرجاء ابقاء صوت التلفاز منخفضاً حتى لا تزعج باقي المرضى في الغرفة.</p> <p>جهاز التحكم الثاني يتحكم بالسرير. بهذا الجهاز يمكنك تغيير وضعية السرير.</p> <p>جهاز التحكم الثالث فيه زر أحمر , في حال احتجت إلى مساعدة من طاقم التمريض يمكنك الضغط على الزر.</p> <p>في الشعبة ستجد غرفة الطعام. الرجاء الذهاب يومياً إلى غرفة الطعام في الأوقات التالية :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. الافطار الساعة 7:30 (في قاعة الطعام)</li><li>2. طعام الغداء الساعة 11:30 (في قاعة الطعام)</li><li>3. قهوة وحلويات الساعة 14:30 (في غرفتك)</li><li>4. طعام العشاء الساعة 17.30 (في قاعة الطعام)</li></ol> <p>إلا في حال طلب أحد الأطباء أو التمريض الامتناع عن الطعام , أو طلب احضار الطعام إليكم في الغرفة.</p>
<p><b>Hausordnung auf der St. Hildegard :</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Bitte die Station nicht verlassen, ohne die Krankenschwester/Pfleger zu informieren (Siehe Kommunikationsbogen).</li><li>2. Während des stationären Aufenthaltes dürfen Sie die Klinik nicht verlassen.</li><li>3. Der Besuch ist für max. 3 Personen gleichzeitig möglich. Der Besuch kann täglich zwischen 14:00 - 20:00 stattfinden.</li></ol>	<p>تعليمات الإقامة في شعبة الأمراض العصبية :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. الرجاء عدم مغادرة الشعبة دون اعلام التمريض قبل ذلك ( لاعلام التمريض استعمل صفحة التواصل (مرفقة مع هذا الملف).</li><li>2. خلال اقامتك لدينا لا يسمح بالخروج خارج حدود المشفى.</li><li>3. الرجاء الانتباه أن الزيارة ممكنة كحد أقصى لـ 3 أشخاص في آن واحد , وهي متاحة يومياً بين الساعة 14.00 والساعة 20.00</li></ol>
<p>Der stationäre Behandlungsplan :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Heute erfolgt zuerst die Blutentnahme.</li><li>2. Bitte Urinprobe abgeben.</li><li>3. Wir messen RR-Puls-Temperatur täglich.</li><li>4. Der Arzt kommt zu Ihnen später im Laufe des Tages</li></ol> <p>3. Bitte alle medizinische Unterlagen (Vorbefunde/Medikamentenliste) dem Arzt oder den Krankenschwestern/Pflegern vorlegen.</p>	<p>خطة المعالجة في الشعبة :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. سيتم أولاً سحب الدم وارساله إلى المخبر.</li><li>2. الرجاء ملئ عينة البول ووضعها على الطاولة الصغيرة بقرب غرفة التمريض.</li><li>3. سوف يقوم التمريض بقياس الضغط والنبض والحرارة يومياً</li><li>2. لاحقاً خلال اليوم سيمر الطبيب المسؤول لفحصك.</li><li>3. الرجاء اعطاء كافة الوثائق والملفات والصور الطبية للطبيب أو لطاقم التمريض.</li></ol>

## 2.1 Kommunikationsbogen -

Klinik für Neurologie -

Pflegedienst → Patient -

ورقة التواصل

شعبة الأمراض العصبية

معلومات من التمريض للمريض



# Alexianer

KLINIK BOSSE WITTENBERG

Ja نعم	Nein لا	Ja, Sie dürfen نعم بإمكانك	Nein, Sie Dürfen nicht لا يسمح لك بذلك
Bitte gehen Sie in Ihr Zimmer.		رجاءً إذهب إلى غرفتك	
Bitte warten Sie vor dem Zimmer !		رجاءً هل يمكنك الانتظار خارج الغرفة	
Ich begleite Sie jetzt zu : - Physiotherapie/Ergotherapie/Logopädie - Radiologie - Funktionsdiagnostik		سوف أقوم الآن باصطحابك إلى : - قسم العلاج الفيزيائي - قسم الأشعة - قسم الفحوصات العصبية	
Bitte heute von ..... bis ..... Uhr im Zimmer bleiben.		اليوم من الساعة ..... حتى الساعة ..... الرجاء البقاء في غرفتك	
Bitte heute von ..... bis ..... Uhr nichts essen.		رجاء عدم تناول أي طعام اليوم من الساعة ..... حتى الساعة .....	
Brauchen Sie Hilfsmittel ?		هل تحتاج لأي من الأدوات الطبية التالية ؟	
Brille نظارات طبية	Hörgeräte أجهزة لضعف سمع	Zahnprothese بدلة أسنان	Gehilfe عكازات- كرسي متحرك
Körpergewicht ..... وزن الجسم.....		Größe ..... الطول.....	
Nehmen Sie Medikamente regelmäßig ein ? Wenn ja , dann bitte zeigen oder aufschreiben.		هل يوجد أدوية تتناولها باستمرار ؟ <input type="checkbox"/> ja نعم <input type="checkbox"/> nein لا (في حال نعم, الرجاء إظهار الأدوية أو كتابة اسمها باللاتينية)	
Nehmen Sie Blutverdünner ein?		هل تتناول مميعات دموية ؟ <input type="checkbox"/> ja نعم <input type="checkbox"/> nein لا	
Rauchen Sie ? seit سنوات		هل تدخن ؟ وكم سيجارة يومياً ؟ <input type="checkbox"/> Nichtraucher لست مدخناً - <input type="checkbox"/> أنا أدخن تقريبا Zigaretten/Tag سجائر كل يوم منذ Jahren	
Haben Sie Schlafstörungen?		هل لديك مشاكل بالخلود إلى النوم ؟ <input type="checkbox"/> Ja نعم <input type="checkbox"/> nein لا	
Trinken Sie regelmäßig Alkohol ?		هل تشرب الكحول ؟ <input type="checkbox"/> Ja نعم <input type="checkbox"/> nein لا	
Nehmen Sie Drogen ?		هل تتعاطى أنواع معينة من المخدرات ؟ <input type="checkbox"/> Ja نعم <input type="checkbox"/> nein لا	
Sind Allergien bei Ihnen bekannt? Gegen .....?		هل لديك حساسية من دواء معين ؟ ما هو ؟ <input type="checkbox"/> Ja نعم <input type="checkbox"/> nein لا	



- 2.1 Kommunikationsbogen - ورقة التواصل  
Klinik für Neurologie - شعبة الأمراض العصبية  
Pflegedienst → Patient - معلومات من التمريض للمريض

Welche Beschwerden führen Sie heute zu uns ?		ما هي شكايتك الحالية التي دفعتك للقدم إلينا :	
<input type="checkbox"/> Schwindel دوخة/دوار	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen صداع	<input type="checkbox"/> Schmerzen شديدة	
<input type="checkbox"/> غياب مفاجئ عن الوعي/الختلاج Bewusstseinsverlust/Anfall	<input type="checkbox"/> Kraftminderung ضعف مفاجئ	<input type="checkbox"/> خدر/اضطراب في الحس Sensibilitätsstörung	
Schmerzen (VAS-Skala) :			
في حال أن لديك آلاماً حالية . كيف تقيّم شدة الألم على مقياس من 1 إلى 10 , لو فرضنا أن 1 يعني لا يوجد أي ألم , و 10 هو أشد ألم يمكن تخيله !			
Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten.			الرجاء التحديد بقلمك على الشكل المجاور , مكان انتشار الألم



- 2.2 Kommunikationsbogen - ورقة التواصل  
Klinik für Neurologie - شعبة الأمراض العصبية  
Patient → Pflegedienst - معلومات من المريض للتمريض

Ja نعم	Nein لا	Ja, Sie dürfen نعم بإمكانك	Nein, Sie dürfen nicht لا للأسف لا يسمح لك بذلك
			أنا أريد مغادرة الشعبة لبعض الوقت , سأعود عند الساعة Uhr ..... إلى الشعبة في هذا الوقت سأكون متواجداً في : <input type="checkbox"/> الكافيتيريا Cafe - <input type="checkbox"/> الحديقة Park
		Ich würde gern jemanden anrufen, Tel .....	أريد الاتصال هاتفياً بهذا الرقم .....
		Ich würde gern meinen Arzt noch einmal sprechen.	رجاء اريد التحدث مع طبيبي المعالج.
		Ich habe Schmerzen.	أشعر بالألم.
		Ich bin sehr müde.	أشعر بالتعب الشديد.
		Ich habe Schwindel.	أشعر بالدوار – الدوخة .
		Ich kann nicht einschlafen.	أنا لا أستطيع الخلود إلى النوم.
		Ich habe Angst.	أنا أشعر بالخوف.
		Ich habe Fieber.	أشعر بالحمى ( ارتفاع حرارتي).
		Ich möchte Bedarfsmedikamente einnehmen.	أريد أن أحصل على دواء.
		Vielen Dank.	



### 3. Anamneseerhebung

### القصة المرضية

Arzt → Patient

تواصل الطبيب مع المريض

#### 3.1 Allgemeine Anamnese

#### القصة السريرية العامة

- Guten Tag , ich bin Ihr Arzt. Um Ihnen helfen zu können, bitte den folgenden Bogen ausfüllen.		مرحبا بك , أنا طبيبك المعالج, لأتمكن من مساعدتك الرجاء الاجابة على الاسئلة التالية :	
Gibt es jemanden, den ich anrufen kann und uns gegenseitig beim Dolmetschen hilft ?		هل تعرف أحداً يمكنني الاتصال به ويعرف اللغة الألمانية ليترجم لنا Ja نعم <input type="checkbox"/> , رقم هاتفه ..... <input type="checkbox"/> لا Nein <input type="checkbox"/>	
Wie alt sind Sie ?		كم عمرك ؟ (الرجاء الكتابة بأرقام لاتينية 1,2,3,4 .... )	
Sind Sie verheiratet ?		هل أنت متزوج (هـ) ؟ <input type="checkbox"/> نعم Ja , <input type="checkbox"/> لا Nein	
Kann es sein, dass sie schwanger sind ?		سؤال للسيدات , هل يمكن أن تكوني حاملاً ؟ Ja نعم <input type="checkbox"/> لا Nein <input type="checkbox"/>	
Seit wann sind Sie in Deutschland ?		منذ متى وانت في ألمانيا ؟ ( الرجاء الكتابة بأرقام لاتينية ) Tage ..... يوماً/.....Wochen.....أسبوعاً/.....Monaten.....شهوراً/.....Jahren.....سنوات seit	
Sind Sie während der Reise nach Deutschland durch die Wälder gegangen oder hatten Sie einen Zeckenbiss ?		أثناء رحلتك إلى ألمانيا , هل مشيت في الغابات أو تعرضت للدغة حشرة ؟ Ja نعم <input type="checkbox"/> لا Nein <input type="checkbox"/>	
An welchen chronischen Krankheiten leiden Sie ?		ما هي الامراض التي تعاني منها ؟	
Bluthochdruck <input type="checkbox"/> ارتفاع الضغط الشرياني	Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> قصور القلب	<input type="checkbox"/> Hyperthyreose فرط نشاط الدرق	Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> أمراض في الكلية
Bluterkrankheit <input type="checkbox"/> اضطرابات بالتخثير	Hepatitis <input type="checkbox"/> التهاب الكبد	Hypothyreose <input type="checkbox"/> قصور الدرق	Osteoporose <input type="checkbox"/> هشاشة عظام
Schlaganfall <input type="checkbox"/> جلطة دماغية	Tumor <input type="checkbox"/> سرطان	Epilepsie <input type="checkbox"/> الصرع	Migräne <input type="checkbox"/> الشقيقة
Asthma <input type="checkbox"/> الربو	DM II <input type="checkbox"/> السكري		
Nehmen Sie Medikamente regelmäßig ein ? Wenn ja , dann bitte zeigen oder aufschreiben:		هل يوجد أدوية تتناولها باستمرار ؟ <input type="checkbox"/> نعم ja <input type="checkbox"/> لا nein (في حال نعم, الرجاء إظهار الأدوية أو كتابة اسمها باللاتينية)	
Nehmen Sie Blutverdünner ein? Welche ?		هل تتناول مميعات دموية ؟ <input type="checkbox"/> نعم ja , ما هي ؟ <input type="checkbox"/> لا nein	
Rauchen Sie ?		هل تدخن ؟ وكم سيجارة يومياً ؟ <input type="checkbox"/> لست مدخننا Nichtraucher , <input type="checkbox"/> أنا أدخن تقريبا Zigaretten/Tag ..... سجائر كل يوم منذ ..... Jahren سنوات seit	
Trinken Sie regelmäßig Alkohol ?		هل تشرب الكحول ؟ <input type="checkbox"/> نعم Ja <input type="checkbox"/> لا nein	
Nehmen Sie Drogen ?		هل تتعاطى أنواع معينة من المخدرات ؟ <input type="checkbox"/> نعم Ja <input type="checkbox"/> لا nein	
Sind Allergien bei Ihnen bekannt? Gegen .....?		هل لديك حساسية من دواء معين ؟ ما هو ؟ <input type="checkbox"/> نعم Ja <input type="checkbox"/> لا nein	
Welche Beschwerden führen Sie heute zu uns ?		ما هي شكايتك الحالية التي دفعتك للقدوم إلينا :	
Schwindel <input type="checkbox"/> دوخة/دوار	Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> صداع	Schmerzen <input type="checkbox"/> ألام شديدة	
Bewusstseinsverlust / epileptischer Anfall <input type="checkbox"/> غياب مفاجئ عن الوعي/اختلاج	Kraftminderung <input type="checkbox"/> ضعف مفاجئ	Sensibilitätsstörung <input type="checkbox"/> خدر/اضطراب في الحس	
Der Arzt wird Ihnen gleich einen anderen Bogen geben, den Sie bitte ausfüllen und zurückgeben.		الطبيب سيقوم الآن باعطائك استمارة أخرى , الرجاء الاجابة عليها أيضا وتسليمها للطبيب	

### 3. Anamneseerhebung

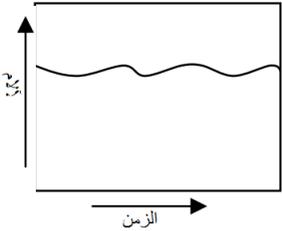
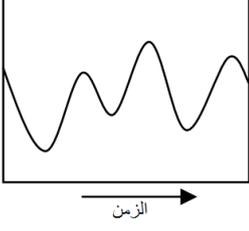
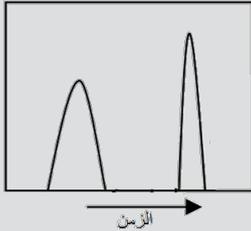
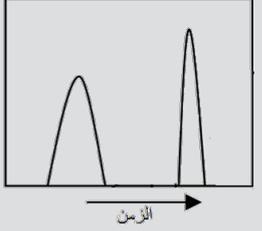
Arzt → Patient

#### 3.2. Schmerz allgemein

القصة المرضية

تواصل الطبيب مع المريض

الآلام بشكل عام

Seit wann ?	<input type="checkbox"/> اليوم heute <input type="checkbox"/> منذ Tagen ..... أيام seit <input type="checkbox"/> من تاريخ seit (Datum) .....	منذ متى تعاني من هذه الآلام	
Beginn	<input type="checkbox"/> بدأت بشكل مفاجئ plötzlich aufgetreten <input type="checkbox"/> تطورت بشكل تدريجي allmählich zunehmend	بداية ظهور هذه الآلام كانت	
Verlauf	<input type="checkbox"/> هذه الأعراض تزداد سوءاً بمرور كل يوم ? zunehmend <input type="checkbox"/> هذه الأعراض ثابتة الشدة منذ بداية , لا تسوء ولا تتحسن ? konstant <input type="checkbox"/> هذه الأعراض تتحسن مع مرور الوقت ? abnehmend	تطور هذه الآلام بمرور الأيام	
أي من الرسوم البيانية التالية يوضح طريقة تطور الآلام zu Welche der Aussagen trifft auf Ihre Schmerzen am besten			
 <p>Dauerschmerz mit leichten Schwankungen  <input type="checkbox"/> آلام مستمرة بنفس الشدة, أو مع سوء وتحسن ضئيل</p>	 <p>Dauerschmerz mit starken Schwankungen  <input type="checkbox"/> آلام مستمرة , تزداد أحياناً وتخف أحياناً أخرى</p>	 <p>Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei  <input type="checkbox"/> هجمات من الألم الشديدة وبينها لا يكون هناك أي ألم</p>	 <p>Schmerzattacken, dazwischen auch Schmerzen  <input type="checkbox"/> هجمات من الألم الشديدة وبينها يكون هناك آلام أخف</p>
Wenn Sie unter Schmerzattacken leiden (Bild 3 und 4) beantworten Sie bitte zusätzlich noch folgende Fragen:		في حال اخترت إحدى الصورتين (1 أو 2) الرجاء الإجابة على الأسئلة الإضافية التالية :	
1. Wie oft treten diese Attacken durchschnittlich auf?	<input type="checkbox"/> في اليوم mal/Tag <input type="checkbox"/> في الاسبوع mal/Woche	1. كم مرة تعاني من نوبة الألم ؟	
2. Wie lange dauern diese Attacken ?	<input type="checkbox"/> ثواني Sekunden <input type="checkbox"/> دقائق M-inuten <input type="checkbox"/> ساعات Stunden	2. كم تستمر كل هجمة ألم ؟	
3. Treten die Attacken besonders in der Nacht auf ?	<input type="checkbox"/> Ja نعم <input type="checkbox"/> Nein لا	3. هل تأتي هذه الهجمات حصراً في الليل عندما تحاول النوم ؟	
Auf welche Ursachen führen Sie Ihre Schmerzen zurück?	حسب تقديرك ما هو سبب هذه الآلام التي تعاني منها ؟		
1. auf eine Operation.-	<input type="checkbox"/> عواقب لعمل جراحي قديم أو حديث		
2. auf körperliche Belastung (körperlicher Beruf, nach Heben , ...)	<input type="checkbox"/> إجهاد جسدي , ( مهن يدوية صعبة , بدأت الآلام بعد حمل شيء ثقيل من الأرض ..... )		
3. auf einen Unfall	<input type="checkbox"/> بعد حادث أو إصابة في مكان الألم		
4. auf seelische Belastung	<input type="checkbox"/> سبب نفسي , إجهاد نفسي وقلق		

### 3. Anamneseerhebung Arzt → Patient 3.2. Schmerz allgemein

القصة المرضية  
تواصل الطبيب مع المريض  
الآلام بشكل عام

Sind die Schmerzen belastungsabhängig ?		Ja نعم <input type="checkbox"/>	هل هذه الآلام متعلقة بالحركة ؟ ( المشي , التقلب أثناء الليل )	
Charakter der Schmerzen		drückend <input type="checkbox"/>	brennend <input type="checkbox"/>	طبيعة الألم
stechend <input type="checkbox"/> واخزة , طاعنة		ضاغطة <input type="checkbox"/>	حارقة <input type="checkbox"/>	
Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten.				الرجاء التحديد بقلمك على الشكل المجاور , مكان انتشار الألم
<p>كيف تقيّم شدة الألم على مقياس من 1 إلى 10 , لو فرضنا أن 1 يعني لا يوجد أي ألم , و10 هو أشد ألم يمكن تخيله ! , الرجاء التأشير بالقلم :</p>				

## 3. Anamneseerhebung

Arzt → Patient

### 3.3 Kopfschmerz

القصة المرضية

تواصل الطبيب مع المريض

الصداع

Vorgeschichte	<input type="checkbox"/> لدي مشكلة قديمة مع الصداع KS sind bei mir schon vorher bekannt gewesen	<input type="checkbox"/> جديد تماماً , لم أعاني من صداع مثله سابقاً Neuer KS, sowas habe ich vorher nie gehabt	هذا الصداع
Bei mir bekannt :	<input type="checkbox"/> Spannungs-KS صداع توتري	<input type="checkbox"/> Migräne شقيقة	معروف عندي :
Verlaufsform	<input type="checkbox"/> attackförmig يأتي بهجمات/نوبات	<input type="checkbox"/> dauerhaft \ مستمر دائماً	طبيعة الصداع :
Dauer der Attacke \ anhaltend seit :	Stunden ساعات ..... <input type="checkbox"/> Tage أيام ..... <input type="checkbox"/>	Sekunden ثواني ..... <input type="checkbox"/> Minuten دقائق ..... <input type="checkbox"/>	مدة النوبة \ الصداع مستمر منذ
Lokalisation :	<input type="checkbox"/> Beidseitig ثنائي الجانب <input type="checkbox"/> wechselseitig , أحياناً النصف الأيمن , أحياناً النصف الأيسر	<input type="checkbox"/> linksseitig فقط الجانب الأيسر فقط <input type="checkbox"/> rechtsseitig فقط الجانب الأيمن فقط	توضع الألم ( الرجاء رسم مكان انتشار الصداع على الصورة المجاورة )
Charakter	<input type="checkbox"/> stechend واخز	<input type="checkbox"/> drückend ضاغط	<input type="checkbox"/> pulsierend نابض
Begleiterscheinungen	<input type="checkbox"/> Lakrimations دمعان	<input type="checkbox"/> Erbrechen إقياء	<input type="checkbox"/> Übelkeit غثيان
	<input type="checkbox"/> Schwindel دوخة	<input type="checkbox"/> Lähmung شلل أو ضعف عضلي	<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen اضطرابات بالتركيز
	<input type="checkbox"/> Phonophobie انزعاج من الأصوات العالية	<input type="checkbox"/> Schlafstörung مشاكل بالنوم	<input type="checkbox"/> Photophobie خوف من الضوء
<p>Falls Sie Schmerztabletten eingenommen haben, schreiben Sie bitte den Namen dieser Medikation auf. الرجاء في حال تناولك لأدوية مضادة للصداع في الفترة الأخيرة , الرجاء كتابة اسم الدواء في الأسفل (مع عدد الحبات) أو إظهاره للطبيب :</p>			
Haben diese Medikamente geholfen ?	<input type="checkbox"/> Ja نعم	<input type="checkbox"/> nein , لا	هل ساعد الدواء المسكن في تخفيف الألم :
<p>كيف تقيم شدة الصداع على مقياس من 1 إلى 10 , لو فرضنا أن 1 يعني لا يوجد أي ألم , و10 هو أشد ألم يمكن تخيله ! , الرجاء التأشير بالقلم :</p>			



### 3. Anamneseerhebung

### القصة المرضية

Arzt → Patient

تواصل الطبيب مع المريض

### 3.4 Bewusstseinstörung / epileptischer Anfall

### الغياب عن الوعي | الاختلاجات العصبية

Waren Zeugen während der Bewusstlosigkeit anwesend? Wenn diese deutsch sprechen, bitte Telefonnummer aufschreiben, sonst kann sie/er Ihnen bei der Beantwortung der Fragen helfen.	لا Nein	
Tel ..... هل كان هناك من شهود أثناء غيابك عن الوعي ؟ في حال تكلمهم للألمانية الرجاء كتابة رقم الهاتف في حال عدم تكلمهم الألمانية, يمكنك سؤالهم شخصياً للاجابة على بعض الاسئلة التالية	نعم Ja	
Hatten Sie vorher ähnliche Bewusstseinsverluste ? ? هل عانيت سابقاً من حالات غياب وعي مشابهة ؟	نعم Ja	لا Nein
Falls Synkopen häufig bei Ihnen auftreten, welche Auslöser kennen Sie ? في حال أن حالات مشابهة للغياب عن الوعي تحدث لديك باستمرار , فما هي العوامل المسببة برأيك :		
<input type="checkbox"/> immer Bewusstlosigkeit beim Aufstehen عند النهوض من وضعية الجلوس <input type="checkbox"/> immer Bewusstlosigkeit im Stehen عندما أقف لفترة طويلة <input type="checkbox"/> bei körperlicher Belastung (z.B. Sport, Treppensteigen etc.) عندما أكون مرهقاً بعد الرياضة أو بسبب العمل الطويل <input type="checkbox"/> bei bestimmten Situationen (Blut sehen, soziale Situationen ... ) في مواقف معينة , مثلاً عند رؤية الدم أو عندا أتعرض لمواقف اجتماعية معينة .... <input type="checkbox"/> kein bestimmter Auslöser ليس هناك سبب معين <input type="checkbox"/> nach Mahlzeiten بعد تناول الطعام		
Ist Epilepsie bei Ihnen bekannt ? ? هل الصرع مشخص لديك سابقاً ؟	نعم Ja	لا Nein
<b>قبل الغياب عن الوعي</b>		
1. Prodromi/Aura قبل أن تغيب عن الوعي , هل لاحظت احدى الأعراض التالية ؟		
<input type="checkbox"/> visuell أعراض بصرية معينة ( رؤية شرارة أو ضعف رؤية أو تقلص بساحة الرؤية , غباشة ) <input type="checkbox"/> akustisch أعراض سمعية ( سماع أصوات غريبة , ضعف سمع ) <input type="checkbox"/> sensibel أعراض حسية أخرى ( شم رائحة غريبة , طعم غريب بالفم ) <input type="checkbox"/> Schwindel دوخة أو دوار <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen تقلبات بالمزاج		
2. Vor dem Ereignis stimmt einer der folgenden genannten :		
<input type="checkbox"/> Palpitationen قبل غيابي عن الوعي , شعرت بتسرع في دقات القلب <input type="checkbox"/> Mundtrockenheit قبل غيابي عن الوعي , شعرت بجفاف في الفم <input type="checkbox"/> Schwitzen قبل غيابي عن الوعي , تعرقت بشدة <input type="checkbox"/> Erbrechen قبل غيابي عن الوعي , عانيت من إقياء , أو اقياءات متعددة <input type="checkbox"/> Thoraxschmerzen قبل غيابي عن الوعي شعرت بألم في صدري <input type="checkbox"/> Emotionale Situatin قبل غيابي عن الوعي تلقيت خبراً صادمًا , أو كنت في موقف لم استطع احتمالته		
3. Haben Sie die Nacht vor dem Ereignis gut und ausreichend geschlafen ? هل أخذت قبل الحادثة حصتك الكافية من النوم ؟	نعم Ja	لا Nein

### 3. Anamneseerhebung

Arzt → Patient

القصة المرضية

تواصل الطبيب مع المريض



**Alexianer**  
KLINIK BOSSE WITTENBERG

### 3.4 Bewusstseinstörung / epileptischer Anfall (2)

الغياب عن الوعي | الاختلاجات العصبية

4. Haben Sie vorher Ihrer Medikamente wie geplant eingenommen ? في حال تناولك لأدوية باستمرار , هل تناولت أدويةك بانتظام ؟	نعم Ja	لا Nein
<b>Während des Ereignisses أثناء النوبة</b> (hier würden Sie vielleicht den Beobachter fragen) – (ربما سيساعدك الاتصال بأحد الشهود للإجابة عن الأسئلة التالية) –		
Dauer der Bewusstlosigkeit ? مدة الغياب عن الوعي تقريبا :	..... ثواني - ..... Minuten دقائق	
Während des Ereignisses : <input type="checkbox"/> Ich habe am ganzen Körper gezuckt كنت اهتز (ارتجف) بكامل جسمي <input type="checkbox"/> Am Anfang hat nur eine Extremität gezuckt und nachher der ganze Körper في البداية كان يرتجف (يهتز) أحد أطرافه , وبعدها بدأ كل جسمي بالاهتزاز <input type="checkbox"/> Ich war während des Ereignisses ruhig ohne Zuckungen. كنت أثناء غياب الوعي هادئاً , ساكناً , لم اهتز أبداً . <input type="checkbox"/> Ich weiß es nicht, niemand hat es beobachtet. لا أعلم , لم يشاهدني أحد أثناء غيابي عن الوعي.		
Stimmt eines der folgenden Symptome هل حدثت احدى الاعراض التالية ؟	<input type="checkbox"/> Urinabgang فقدت السيطرة على حبس البول (تبولت على نفسي) <input type="checkbox"/> Stuhlabgang فقدت السيطرة على حبس البراز <input type="checkbox"/> Zungenbiss قمت بعض لساني <input type="checkbox"/> Schaum vor dem Mund ظهر زبد (رغوة) على فمي	
<b>Nach dem Ereignis بعد النوبة</b>		
Sind Sie schnell wieder zu sich gekommen ? Wussten Sie gleich wo Sie waren und was passiert ist ? هل استعدت وعيك بسرعة , وعرفت تماماً ما الذي جرى لك وأين كنت ؟	نعم Ja	لا Nein
Litten Sie an Kopfschmerzen nach dem Ereignis ?? بعد استعادتك للوعي , هل شعرت بصداخ شديد ؟	نعم Ja	لا Nein
Waren Sie sehr müde nach dem Ereignis ? هل شعرت بالتعب الشديد بعد هذه الحادثة ؟	نعم Ja	لا Nein
<b>Medizinische Vorgeschichte – الأمراض الاخرى</b>		
Familienanamnese für plötzlichen Herztod في العائلة هل هناك حالات موت مفاجئ دون سبب ؟	نعم Ja	لا Nein
Herzerkrankung oder früherer Herzinfarkt هل لديك امراض قلبية معروفة أو احتشاء قلبي سابق؟	نعم Ja	لا Nein
Bekannter Diabetes mellitus ? هل تعاني من داء السكري ؟	نعم Ja	لا Nein



3. Anamneseerhebung

القصة المرضية

Arzt → Patient

تواصل الطبيب مع المريض

3.4 Bewusstseinstörung / epileptischer Anfall (3)

الغياب عن الوعي | الاختلاجات العصبية

Falls ja , spritzen Sie sich mit Insulin ? في حال اصابتك بالسكري , هل تتعالج بابر الأنسولين ؟	نعم Ja	لا Nein
Falls solche Ereignisse bei Ihnen bekannt sind , wann war die letzte Bewusstlosigkeit ? في حال أنك عانيت من حالات سابقة من الغياب عن الوعي , الرجاء كتابة تاريخ آخر حادثة ( بأرقام لاتينية )		
Falls solche Ereignisse bei Ihnen bekannt sind, wie viele Ereignisse hatten Sie im letzten Jahr ungefähr? في حال أنك تعاني من حالات متكررة من الغياب عن الوعي , الرجاء كتابة عدد هذه الحوادث في السنة الأخيرة ؟		
Haben Sie in der letzten Zeit neue Medikamente eingenommen ? Falls ja , bitte schreiben Sie diese auf. هل بدأت في الفترة الأخيرة بتناول أدوية جديدة ؟ في حال نعم الرجاء اظهارها للطبيب أو كتابة اسمها	نعم Ja	لا Nein



### 3. Anamneseerhebung

#### القصة المرضية

Arzt → Patient

تواصل الطبيب مع المريض

### 3.5 Akute sensomotorische Ausfälle (TIA/Schlaganfall)

أعراض حسية حركية مفاجئة

#### Der Anfang : بداية الأعراض :

Die Beschwerden traten plötzlich auf und sind seitdem anhaltend bzw. leicht zurückgehend.

الأعراض بدأت بشكل مفاجئ ومنذ ذلك الحين وهي مستمرة

Die Beschwerden sind allmählich zunehmend

وتزداد شيئاً فشيئاً

#### Wann haben die Beschwerden angefangen ?

متى بدأت الأعراض لديك ؟

Vor ..... Stunden , Heute

am (Datum) ..... من تاريخ

#### Zeichnen Sie ein, wo sich die Beschwerden befinden :

الرجاء التحديد على الشكل التالي مكان انتشار الأعراض :

Was sind die Beschwerden ?

Kraftminderung ضعف

Taubheit حس خدر (ضعف حس)

Kribbeln حس تتميل

Bestehen seit dem auch

zusätzliche akute

Beschwerden ?

هل تعاني أيضاً من أعراض أخرى ترافقت

مع الأعراض المذكورة أعلاه ؟

Schwindel دوخة – دوار

Sprechstörung صعوبة بالكلام

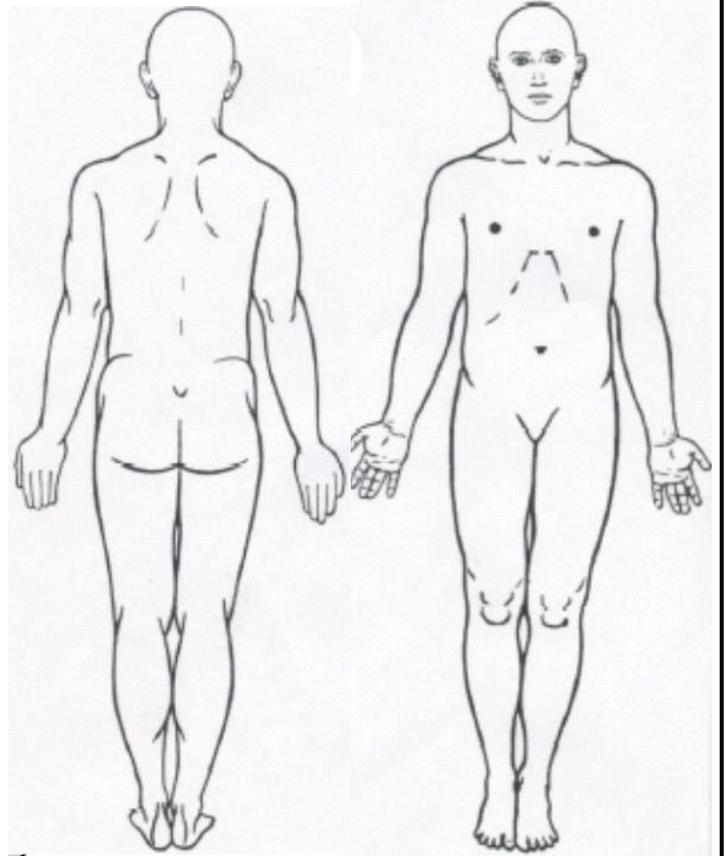
Schmerzen آلام

Dysphagie مشاكل بالبلع

Doppelbilder ازدواج رؤية

Andere Sehstörungen

مشاكل أخرى بالرؤية



Nehmen Sie Blutverdünner ein? Falls ja , welche ?

هل تتناول مميعات دموية ؟  ja نعم  nein لا

Aspirin أسبيرين, أسبيرينول

Marcumar فينويروكومون, ماركومار

Plavix كلوبيدوغريل, بلافيكس

Pradaxa براداكسا, داببيغاتران

Xarelto ريفاروكسابان , كساريلتو

Eliquis أليكسابان , اليكويس

Rauchen Sie ?

هل تدخن ؟ وكم سيجارة يومياً ؟

seit سنوات

Jahren سجائر كل يوم منذ

Zigaretten/Tag أنا أدخن تقريبا

Nichtraucher لست مدخنا

Leiden Sie an Bluthochdruck ?

هل تعاني ارتفاع ضغط شرياني ؟  ja نعم  nein لا



### 3. Anamneseerhebung

Arzt → Patient

القصة المرضية

تواصل الطبيب مع المريض

### 3.5 Akute sensomotorische Ausfälle (TIA/Schlaganfall) (2)

أعراض حسية حركية مفاجئة

Schlaganfall in der Vorgeschichte ? (Datum)	هل عانيت سابقاً من جلطة دماغية ؟ <input type="checkbox"/> نعم ja <input type="checkbox"/> لا nein في حال الاجابة بنعم , اكتب تاريخ الاصابة
Leiden Sie an einer Zuckerkrankheit ?	هل تعاني من داء السكري ؟ <input type="checkbox"/> نعم ja <input type="checkbox"/> لا nein
Sind Herzrhythmusstörungen bei Ihnen bekannt ?	هل تعاني من لانظميات قلبية ؟ <input type="checkbox"/> نعم ja <input type="checkbox"/> لا nein
Sind Schlaganfälle bei den Angehörigen bekannt ?	هل هناك حالات جلطات دماغية عانى منها أحد أفراد عائلتك سابقاً ؟ <input type="checkbox"/> نعم ja <input type="checkbox"/> لا nein
Sind bei Ihnen Aneurysmata bekannt ?	هل لديك أمهات دم شريانية ؟ <input type="checkbox"/> نعم ja <input type="checkbox"/> لا nein
Hatten Sie einen Herzinfarkt in den letzten 6 Monaten?	هل عانيت من احتشاء قلبي في الست أشهر الأخيرة ؟ <input type="checkbox"/> نعم ja <input type="checkbox"/> لا nein
Haben Sie Heparin oder Blutverdünner in den letzten 48 Stunden erhalten oder eingenommen ?	هل تناولت مميعاً للدم أو دواء هيبارين في الـ 48 ساعة السابقة ؟ <input type="checkbox"/> نعم ja <input type="checkbox"/> لا nein
Sind Tumoren bei Ihnen bekannt ?	هل تم تشخيص أورام لديك مؤخراً ؟ <input type="checkbox"/> نعم ja <input type="checkbox"/> لا nein
Hatten Sie schon mal eine Magen- oder Darmblutung? Wenn ja, wann ?	هل عانيت سابقاً من نزف في المعدة أو الجهاز الهضمي ؟ <input type="checkbox"/> نعم ja , الرجاء كتابة التاريخ <input type="checkbox"/> لا nein
Hatten Sie schon mal eine Hirnblutung ? Wenn ja, wann ?	هل عانيت سابقاً من نزيف دماغي ؟ <input type="checkbox"/> نعم ja , الرجاء كتابة التاريخ <input type="checkbox"/> لا nein
Sind Sie in den letzten 3 Monaten operiert worden ?	هل تم إجراء عم جراحي لك في الأشهر الثلاث الأخيرة ؟ <input type="checkbox"/> نعم ja <input type="checkbox"/> لا nein
Sind bei Ihnen in den letzten 3 Monaten Punktionen durchgeführt worden ?	هل تم إجراء خزعات أو فحوصات بزل عظمي لديك في الأشهر الثلاث الأخيرة ؟ <input type="checkbox"/> نعم ja <input type="checkbox"/> لا nein

### 3. Anamneseerhebung

Arzt → Patient

#### 3.6 Schwindel

القصة المرضية

تواصل الطبيب مع المريض

الدوار – الدوخة



**Alexianer**  
KLINIK BOSSE WITTENBERG

Schwindel	<input type="checkbox"/> anhaltend مستمرة , دائماً أعاني من الدوخة	<input type="checkbox"/> attackförmig تأتي بشكل هجمات من الدوخة	الدوخة
Charakter	<input type="checkbox"/> Drehschwindel تشعر كأن الدنيا تدور بك	<input type="checkbox"/> Schwankschwindel تشعر كأن الأرض تتأرجح تحتك	طبيعة الدوخة
Schwindel in der Vorgeschichte?	<input type="checkbox"/> Ja, mit ähnlichem Charakter نعم, بصفات شبيهة بصفات الدوخة التي أعاني منها حالياً <input type="checkbox"/> Ja, aber mit anderem Charakter نعم لدي, لكن الدوخة كانت مختلفة عن الدوخة الحالية <input type="checkbox"/> Nein, kein Schwindel لا , ليس لدي مشكلة قديمة قبل الآن مع الدوخة		هل لديك مشكلة قديمة مع الدوار؟
Beginn der Beschwerden	Bitte schreiben Sie das Datum auf, an dem die Beschwerden anfangen الرجاء كتابة تاريخ بداية الأعراض ( ولو تقريباً ) .. كمثال 11.10.2015 .....		بداية الأعراض
Dauer der Attacken	<input type="checkbox"/> Sekunden bis wenigen Minuten ثواني حتى بضع دقائق	<input type="checkbox"/> einige Minuten bis zu einer Stunde بضع دقائق حتى ساعة تقريباً	مدة النوبة
	<input type="checkbox"/> Stunden bis maximal einen Tag ساعات حتى يوم كامل	<input type="checkbox"/> über mehrere Tage andauernd قد تستمر لعدة أيام	
Auslöser	<input type="checkbox"/> bestimmte Kopfhaltungen oder Kopfbewegungen عند تحريك الرأس بطريقة معينة <input type="checkbox"/> körperlicher Betätigung, wie z.B. Gehen oder Treppensteigen عند القيام بنشاط جسدي كالسير أو صعود الدرج <input type="checkbox"/> bei Lageänderungen, wie Bücken, Umdrehen im Liegen بتغيير وضعية الجسم , مثلاً عند التقاط شيء من على الأرض أو عندما أتقلب في الفراش <input type="checkbox"/> beim Aufstehen oder Aufrichten عند النهوض من الجلوس أو القيام من وضعية الاستلقاء <input type="checkbox"/> spontan ohne konkreten Auslöser تحدث النوبة دون سبب محدد		محفزات النوبة
Begleiterscheinungen	<input type="checkbox"/> Tinnitus طنين بالأذن	<input type="checkbox"/> Erbrechen إقياء	ما هي الأعراض المرافقة للدوخة
	<input type="checkbox"/> Hörstörung ضعف سمع	<input type="checkbox"/> Sehstörung تشوش رؤية	
	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen صداع	<input type="checkbox"/> Pfropfgefühl احساس ثقل بالأذن	

## 4. Aufklärungen für Untersuchungen

### 4.1 Lumbalpunktiom - توضيح حول الاجراءات الطبية-البزل القطني

Hinweis: Das ist keine professionelle Übersetzung des Aufklärungsbogens.

Es hilft nur dabei, den nur-arabisch-sprechenden Patienten die wichtigsten Informationen dieser Untersuchung zu erklären.

إن هذه الورقة هي ليست ترجمة احترافية للنسخة الألمانية ولا تعني عنها , إنما هي توضيح لأهم المعلومات الطبية الواردة حول هذا الفحص



#### المضاعفات المحتملة للبزل القطني:

وهي احتمالات قليلة الوجود وأقرب للشبه مستحيلة , لكن الأدب الطبي يذكر حالات نادرة من الالتهاب أو النزوف أو الشلل , لا تقلق عزيزي المريض فهذه الاختلاطات نادرة وأقرب للمستحيل. الاختلاط الأشيع بعد هذا الفحص هو الصداع , وهذا يحدث لفئة محدودة من المرضى وعادة ما يخف مع الراحة في الفراش والإكثار من شرب السوائل واستعمال المسكنات البسيطة.

#### لماذا يتم إجراء البزل القطني؟

- البحث عن التهاب , كالتهاب السحايا أو التهاب الدماغ
- للبحث عن دليل على نزيف في الحيز تحت العنكبوتية
- للمساعدة في تشخيص التصلب العصيدي المتعدد
- للمساعدة في تشخيص متلازمة غيلان-باريه
- لقياس الضغط داخل القحف وتشخيصه وعلاجه.

#### تعليمات لفترة ما بعد البزل القطني:

بعد انتهاء الفحص الرجاء البقاء مستلقياً على ظهرك لفترة تمتد من بضع دقائق إلى عدة ساعات , وخلال اليوم عليك شرب كميات إضافية من السوائل من أجل تقليص احتمالية الإصابة بالصداع. تجنب النشاط البدني المجهد لمدة 24 ساعة عقب الإجراء. اللصاقة التي توضع على الظهر يجب أن تبقى لمدة 24 ساعة, الرجاء عدم الاستحمام في هذه الفترة.

في حال موافقتك على إجراء الفحص (والذي ننصح به بشدة) , الرجاء التوقيع على الورقة المرفقة باللغة الألمانية , في الصفحة الأخيرة حيث يوجد سطر فارغ مكتوب فيه كلمة Patient

مع تمنياتنا لكم بالشفاء

#### ما هو البزل القطني؟

هو عبارة عن اختبار تشخيصي يتم إجراؤه من أجل الحصول على عينة من سائل النخاع الشوكي , يتم إرسالها بعد ذلك إلى المختبر لإجراء الفحوصات اللازمة. والسائل النخاعي هو سائل صاف عديم اللون يحيط بالدماغ والحبل الشوكي. وفي بعض الحالات يكون البزل القطني عبارة عن إجراء علاجي يتضمن إعطاء الدواء داخل السائل النخاعي أو سحب كمية من السائل النخاعي الشوكي لتخفيف ارتفاع الضغط داخل القحف ( تجوفات الدماغ).

#### من يقوم بإجراء البزل القطني؟

سيقوم أحد الأطباء المؤهلين المتمرسين بإجراء هذا الفحص لديك , يتم الفحص داخل غرفتك وعلى سريرك , سواءً بوضعية الجلوس أو وضعية الاستلقاء على الجانب.

#### كيفية إجراء البزل القطني؟

سوف يطلب منك طبيبك الاستلقاء على جنبك على السرير أو طاولة الفحص بحيث تكون ذقنك مسنودة على صدرك وركبتك مرفوعتين باتجاه بطنك (بما يشبه وضعية الجنين). ويمكن وهو الغالب إجراء البزل القطني في وضعية الجلوس. ويتم هذا الإجراء في وسط معقم حيث يستخدم الطبيب محلولاً مُطهِّراً لتطهير الجزء الأسفل من ظهرك ومن ثم سوف يغطي المنطقة استعداداً للإجراء. عقب ذلك يتم إدخال إبرة مجوفة في المنطقة المُحدَّدة بين الفقرتين إلى داخل الحيز تحت العنكبوتية (حيث يوجد السائل النخاعي). ويتم قياس الضغط داخل القحف باستخدام مقياس الضَّغط ثم تسحب كمية من السائل وترسل إلى المختبر. من المهم أن تظل ساكناً أثناء هذا الإجراء. وعند الانتهاء من الإجراء يتم سحب الإبرة ووضع ضمادة صغيرة على مكان البزل. عادة ما يستغرق هذا الإجراء ما بين 20-30 دقيقة.

من الصعب أحياناً الحصول على السائل النخاعي وذلك لعدم تمكن الطبيب من الوصول إلى الحيز تحت العنكبوتية (حيث يوجد السائل النخاعي), لا سيما إذا كان المريض بديناً أو يعاني من تغيرات تنكسية بارزة في الفقرات القطنية, أو أجريت له جراحة في أسفل الظهر أو يعاني مما يسمى بالحنف (إنحناء غير طبيعي في العمود الفقري). عادةً ينجح الطبيب بسحب السائل من المحاولة الأولى , لكن عند بعض المرضى قد يضطر لتكرار المحاولة.

#### كيف تشعر أثناء الاختبار؟

إن هذا الإجراء غير مريح نسبياً. سوف تشعر باحساس يشبه الضغط لدى غرز الإبرة في المنطقة المخدرة. قد يشعر بعض المرضى بألم في الظهر عند إندفاع الإبرة إلى الداخل. إذا ما شعرت بأن الألم يمتد إلى ساقيك أو قدميك أو رديك عليك إبلاغ الطبيب لكي يقوم بتعديل إتجاه غرز الإبرة. كثير من الأشخاص الذين يخضعون لهذا الإجراء يقرّون بأنه إجراء مؤلم ولكنه ليس مؤلماً أكثر من عملية سحب الدم.



## Lumbalpunktion

الرجاء الاجابة على الاسئلة التالية , ثم التوقيع على الورقة الألمانية المرافقة :

1. Werden regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel ( z.B Aspirin <sup>1</sup> , Marcumar <sup>2</sup> , Plavix <sup>3</sup> , Pradaxa <sup>4</sup> , Xarelto <sup>5</sup> , Eliquis <sup>6</sup> ) oder andere Medikamente (z.B Herzmittel, Verhütungsmittel, Hormone) eingenommen ?	نعم Ja
هل تتناول يومياً إحدى الأدوية المميعة للدم المذكورة أعلاه (( مميعات دموية , مضادات التصاق صفيحات كال أسبرين <sup>1</sup> أو هيبارين أو ماركومار(فينوبروكومون) <sup>2</sup> , بلافيكس(كلوبيدوغريل) <sup>3</sup> , براداكسا(دابيغاتران) <sup>4</sup> , كزاريلتو(ريفاروكسابان) <sup>5</sup> , إيكفيس (أبيكسابان) <sup>6</sup> )	لا Nein
2. Sind Allergien oder Überempfindlichkeitsreaktionen (z.B gegen Pflaster <sup>1</sup> , Latex <sup>2</sup> , Medikamente <sup>3</sup> , Betäubungsmittel <sup>4</sup> , Nahrungsmittel <sup>5</sup> ) bekannt ?	نعم Ja
هل لديك حساسية معروفة ضد إحدى المواد التالية : اللصقات الطبية <sup>1</sup> , اللاتيكس <sup>2</sup> , أدوية معينة <sup>3</sup> , أدوية التخدير <sup>4</sup> , أطعمة معينة <sup>5</sup> ؟	لا Nein
3. Besteht eine Bluterkrankung, Blutarmut oder Gerinnungsstörung (z.B häufiges Nasenbluten <sup>1</sup> , Neigung zu Blutergüssen <sup>2</sup> , blaue Flecken ohne besonderen Anlass <sup>3</sup> ) ?	نعم Ja
هل لديك أمراض دموية نزفية ؟ فقر دم حاد ؟ أو اضطرابات بتخثر الدم ؟ ( مثلاً رعاف متكرر من الأنف <sup>1</sup> ؟ , ميل للنزف <sup>2</sup> , بقع زرقاء بشكل متكرر وفوق المعتاد على الجلد تظهر دون إصابة أو حتى رض <sup>3</sup> )	لا Nein
4. Besteht eine Geschwulst im Kopf- \Rückenmarkbereich ?	نعم Ja
هل يوجد ورم لديك في الرأس او في النخاع الشوكي ؟	لا Nein
5. Bestehen andere Erkrankungen? (in Allgemeinanamnesebogen beantwortet)	نعم Ja
هل تعاني من أمراض مزمنة ؟	لا Nein
6. Regelmäßiger Alkoholkonsum ?	نعم Ja
هل تتناول الكحوليات بشكل متكرر ؟	لا Nein
7. Besteht eine akute oder chronische Infektionskrankheit (z.B Hepatitis <sup>1</sup> , Tuberkulose <sup>2</sup> , HIV-Infektion <sup>3</sup> ) ?	نعم Ja
هل تعاني من أمراض انتانية حادة أو مزمنة ( التهاب كبد <sup>1</sup> , السل <sup>2</sup> , الإيدز <sup>3</sup> )	لا Nein

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**  
Über die geplante Untersuchung, Art und Bedeutung der Untersuchung sowie über spezielle Risiken und mögliche Komplikationen wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit dem Arzt/der Ärztin/dem Arzt ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen stellen.  
Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich genügend informiert und willige hiermit in die geplante Untersuchung ein.

Ort, Datum, Uhrzeit  
Patient/Patientin/Thema  
Arzt/Ärztin

رجاء في حال موافقتك على اجراء الفحص المذكور أعلاه والذي ننصح به طبياً بشدة , الرجاء التوقيع على الورقة الألمانية المرفقة في المكان المشار له بالسهم

## 4. Aufklärungen für Untersuchungen

### 4.2 Computertomographie – الطبقي المحوري

Hinweis: Das ist keine professionelle Übersetzung des Aufklärungsbogens.

Es hilft nur dabei, den nur-arabisch-sprechenden Patienten die wichtigsten Informationen dieser Untersuchung zu erklären.

إن هذه الورقة هي ليست ترجمة احترافية للنسخة الألمانية ولا تغني عنها , إنما هي توضيح لأهم المعلومات الطبية الواردة حول هذا الفحص

#### ما هي المخاطر؟

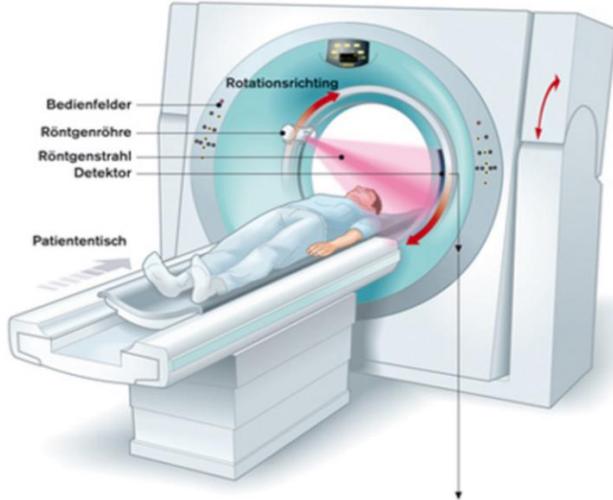
إن التصوير الطبقي المحوري هو إجراء قليل المخاطر. فمقدار الأشعة السينية التي تتعرض لها ضئيل ويعتبر في الحدود الآمنة. وفي حال الحاجة لإعطاء مواد ملونة سوف يطرح عليك عدد من الأسئلة للتأكد من سلامة إعطائك المادة الملونة. (الاسئلة تجدها في الصفحة التالية).

يجب عليك أن تبلغ الطبيب أو فني التصوير إذا كنت تعاني من أية حساسية، خاصةً ضد المركبات التي تحتوي على اليود (معظم المواد الملونة تحتوي على مادة اليود). إن غالبية الأشخاص لا يعانون من حساسية ضد المواد الملونة والأرجح أنك سوف تتقبل المادة الملونة دون أية متاعب. غير أن بعض الأشخاص قد يعانون من رد فعل تحسسي مثل الحكة أو الغثيان أو القيئ أو طفح جلدي أو صعوبة في التنفس. فإن أصبت بأحد هذه الأعراض عليك بإبلاغ فني التصوير فوراً. في حالات نادرة قد يحدث تفاعل حاد وشديد يستدعي العناية الطبية الفورية.

إن المرضى الذين يعانون من الجفاف أو الذين يعانون من داء السكري هم أكثر عرضة لخطر تلف الكلى في حال حقن المواد الملونة. فإن كنت مصاباً بأي من تلك الحالات عليك بإبلاغ الطبيب وكذلك الأمر بالنسبة للمرضى المصابين بفشل كلوي جزئي.

إذا كان المريض امرأة حاملاً أو عندها شك في ذلك، فعليها إبلاغ الطبيب أو أخصائي الأشعة أو فني التصوير، فالأشعة السينية قد تسبب ضرراً للجنين لا سيما خلال فترة الثلاث أشهر الأولى من الحمل. وإذا كان هناك حاجة ملحة لإجراء التصوير على الرغم من كون المريض حاملاً، يمكن عندها استخدام درع واق خاص من أجل الحد من كمية التعرض للأشعة

#### Computertomographie (CT)



#### ما هو التصوير الطبقي المحوري؟

إن التصوير الطبقي المحوري هو إجراء تصويري يستخدم الأشعة السينية للحصول على صور للبنية الداخلية لجسم الإنسان وهو إجراء خالٍ من الألم. فالصور التي يتم الحصول عليها هي مقطعية عرضية. بطبيعتها، وكل شريحة تصوير ثنائية الأبعاد تشبه مثلاً ما تراه عندما تقوم بقطع تفاحة إلى نصفين عبر الوسط ومن ثم تنظر إلى سطح القطع. فإذا بدأت ذلك من أعلى التفاحة نزولاً إلى الأسفل فسوف تحصل على سلسلة من الشرائح التي تمثل التركيب الكلي. وبالاستعانة بالكمبيوتر فإنه يمكن إعادة تركيب صور ثلاثية الأبعاد من هذه الشرائح الثنائية الأبعاد.

#### لماذا يتم إجراء التصوير الطبقي المحوري؟

عادة ما يطلب طبيب الأعصاب إجراء التصوير الطبقي المحوري للدماغ أو الحبل الشوكي، وأحياناً للجيوب الأنفية أو الصدر. إن التصوير الطبقي المحوري يساعد في تشخيص العديد من الحالات مثل الانزلاق الغضروفي في العمود الفقري (الديسك)، والأورام، والتهابات الدماغ أو السحايا أو الحبل الشوكي، والسكتة الدماغية والنزيف الدماغي بالإضافة إلى عدة حالات أخرى.

#### كم يستغرق إجراء هذا الفحص؟

إن أجهزة التصوير الطبقي المحوري الحديثة تتيح لنا الحصول على الصور خلال بضع دقائق. وإذا كان من المطلوب حقن وريدي بمادة ملونة فإن ذلك سوف يتطلب وقتاً إضافياً لا يزيد عن بضع دقائق أيضاً وعادة ما تتراوح مدة الفحص بين 15-20 دقيقة.

#### كيف تستعد لهذا الفحص؟

من الأفضل إرتداء ثياب فضفاضة ومريحة. وينصح بترك أية مواد معدنية جانباً حيث أن ذلك قد يسبب تداخلاً مما يؤثر سلباً في جودة الصور. كما ينصح بعدم الأكل أو الشرب لمدة أربع ساعات قبل الفحص في حال الحاجة لحقن مواد ملونة.

#### كيفية إجراء هذا الفحص؟

سوف يطلب منك الإستلقاء على طاولة صلبة متحركة. ثم بتحريك الطاولة المتحركة يتم وضع الجزء المراد تصويره من الجسم في الجهاز الحلقي الشكل.

سوف يطلب منك البقاء ساكناً حيث أن أقل حركة قد تؤثر في جودة الصور. وقد يطلب منك فني التصوير بحبس النفس للحفاظ على جودة الصورة. وطوال فترة الفحص يقوم فني التصوير بمراقبتك من خلال نافذة صغيرة. كما يتوفر أيضاً جهاز إتصال داخلي يسمح للاتصال بينك وبين فني التصوير. ولدى نهاية الفحص يمكنك العودة فوراً لمتابعة أعمالك الاعتيادية.

أحياناً قد يقرر أخصائي التصوير الطبقي المحوري إعطائك حقنة وريدية من المواد الملونة (صبغ) من أجل توضيح ما يشاهد في الصور. عندها يقوم فني التصوير بوضع إبرة وريدية يحقن من خلالها الصبغ. وعند حقن الصبغ قد تشعر بأحاساس دافئ عام و بطعم معدني في الفم.



## Die Computertomographie – الطبقي المحوري

الرجاء الاجابة على الاسئلة التالية , ثم التوقيع على الورقة الألمانية المرافقة :

1. Werden regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel ( z.B Aspirin <sup>1</sup> , Marcumar <sup>2</sup> , Plavix <sup>3</sup> , Pradaxa <sup>4</sup> , Xarelto <sup>5</sup> , Eliquis <sup>6</sup> ) eingenommen ?	نعم Ja
هل تتناول يومياً إحدى الأدوية المميعة للدم المذكورة أعلاه (( مميعات دموية , مضادات التصاق صفيحات كال أسبرين <sup>1</sup> أو هيبارين أو ماركومار(فينوبروكومون) <sup>2</sup> , بلافيكس(كلوبيدوغريل) <sup>3</sup> , براداكسا(دايبغاتران) <sup>4</sup> , كزاريلتو(ريفاروكسابان) <sup>5</sup> , إيليكفيس (أبيكسابان) <sup>6</sup> )	لا Nein
2. Sind Allergien oder Überempfindlichkeitsreaktionen (z.B gegen Pflaster <sup>1</sup> , Latex <sup>2</sup> , Medikamente(Jod oder Pencillin) <sup>3</sup> , Betäubungsmittel <sup>4</sup> , Nahrungsmittel <sup>5</sup> ) bekannt ?	نعم Ja
هل لديك حساسية معروفة ضد إحدى المواد التالية : اللصقات الطبية <sup>1</sup> , اللاتيكس <sup>2</sup> , أدوية معينة (بنسيلين أو يود) <sup>3</sup> , أدوية التخدير <sup>4</sup> , أطعمة معينة <sup>5</sup> ؟	لا Nein
3. Besteht eine akute oder chronische Infektionskrankheit (z.B Hepatitis <sup>1</sup> , Tuberkulose <sup>2</sup> , HIV-Infektion <sup>3</sup> ) ?	نعم Ja
هل تعاني من أمراض انتانية حادة أو مزمنة ( التهاب كبد <sup>1</sup> , السل <sup>2</sup> , الإيدز <sup>3</sup> )	لا Nein
4. Besteht eine Zuckerkrankheit ?	لا Nein
هل تعاني من الداء السكري ؟	نعم Ja
5. Besteht eine Darmerkrankung?	لا Nein
هل تعاني من داء في الجهاز الهضمي ؟	نعم Ja
6. Sind Störungen wichtiger Organe bei Ihnen bekannt (Nieren <sup>1</sup> , Herz <sup>2</sup> , Gefäße <sup>3</sup> , Lunge <sup>4</sup> , Leber <sup>5</sup> , Nervensystem <sup>6</sup> )?	نعم Ja
هل تعاني من مشاكل في إحدى الاعضاء التالية ( الكلية <sup>1</sup> , القلب <sup>2</sup> , الأوعية الدموية <sup>3</sup> , الرئتين <sup>4</sup> , الكبد <sup>5</sup> , الجهاز العصبي <sup>6</sup> )	لا Nein
7. Liegt oder lag eine Schilddrüsenfunktionsstörung vor ?	نعم Ja
هل لديك أو كان لديك مشكلة في وظائف الغدة الدرقية ؟	لا Nein
8. Falls bei Ihnen schon einmal eine CT durchgeführt wurde, wurde damals Kontrastmittel gespritzt ?	نعم Ja
في حال اجراء صورة طبقي محوري سابقاً لديك , هل تم حقن مواد ظليلة عندها ؟	لا Nein
Wenn ja, traten dabei Nebenwirkungen auf?	نعم Ja
في حال الاجابة بنعم , هل عانيت عندها من اختلاطات أو اعراض جانبية ؟	لا Nein
9. Wurde bereits eine Operation in der jetzt zu untersuchenden Körperregion durchgeführt?	نعم Ja
هل تم اجراء عمل جراحي في العضو الذي سيتم تصويره اليوم باستعمال الطبقي المحوري ؟؟	لا Nein
10. Besteht eine Klaustrophobie ?	لا Nein
هل لديك خوف من المناطق الضيقة أو المغلقة ؟	نعم Ja
11. Zusatzfrage bei Frauen in gebärfähigem Alter: Könnten Sie schwanger sein ?	لا Nein
سؤال للسيدات في عمر الحمل , هل من المحتمل أن تكوني حاملاً ؟	نعم Ja

## 4. Aufklärungen für Untersuchungen

### 4.3 Magnetresonanztomographie – التصوير بالرنين المغناطيسي

Hinweis: Das ist keine professionelle Übersetzung des Aufklärungsbogens.

Es hilft nur dabei, den nur-arabisch-sprechenden Patienten die wichtigsten Informationen dieser Untersuchung zu erklären.

إن هذه الورقة هي ليست ترجمة احترافية للنسخة الألمانية ولا تغني عنها , إنما هي توضيح لأهم المعلومات الطبية الواردة حول هذا الفحص

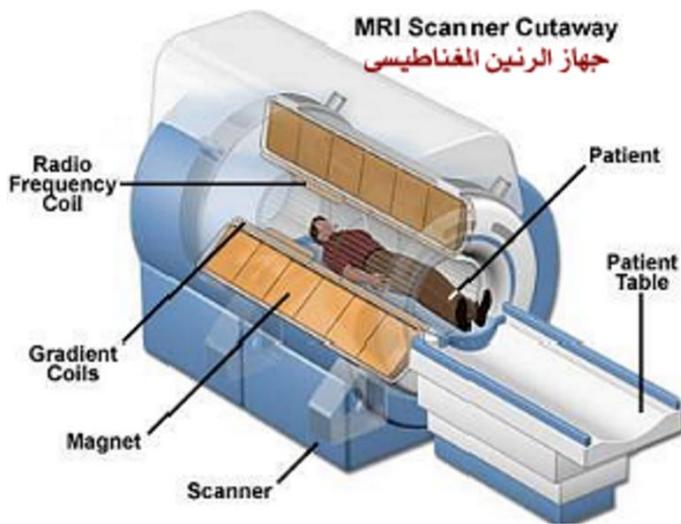
إذا كنت تعتمد على ناظم خطى قلبي (بطارية قلب) أو مضخة مزروعة/مغروسة مثل جهاز تحفيز الدماغ (DBS) أو جهاز تحفيز العمود الفقري (SCS) فلن تستطيع الخضوع لهذا الفحص. في حال وجود أية قطعة معدنية في عينيك فلن تستطيع الخضوع لهذا الفحص. وإذا كانت هناك أية شظايا معدنية في جسمك فلن تستطيع الخضوع لهذا الفحص أيضاً. ليست هنالك أية قيود غذائية على إجراء هذا الفحص، غير أنه ينصح بعدم تناول وجبة كاملة قبل الفحص حيث أن ذلك قد يسبب شعوراً بالانزعاج خلال الفحص. تجنب المنبهات مثل المشروبات التي تحتوي على مادة الكافيين. وكذلك حاول النوم أثناء الفحص إذا كان ذلك ممكناً رغم أن هذا ليس ضرورياً.

#### كيفية إجراء الفحص:

سوف يطلب منك الاستلقاء على طاولة صلبة وسوف يتم إحاطة المنطقة المراد فحصها بأداة خاصة، وبعدها يقوم فني التصوير بالرنين المغناطيسي بضبط المنطقة المراد فحصها عند مركز الجهاز. سوف يطلب منك الاسترخاء والتنفس بشكل منتظم وعدم تحريك أي جزء من جسمك حيث أن أقل حركة ستؤثر في نوعية الصور وتجعل من الصعب على أخصائي الأشعة التوصل إلى تحليل صحيح ودقيق. سوف تسمع أثناء الفحص عدة أصوات قُرْع وطُرْق متتالية ومزعجة. إن هذا جزء من إجراءات التشغيل الإعتيادية لعملية المسح وسوف يتم تزويدك بسدادات أذن من أجل راحتك. طوال فترة الفحص سوف يقوم فني التصوير بالرنين المغناطيسي بمراقبتك باستمرار من خلال نافذة غرفته المطلّة على غرفة الفحص. كما يتوفر أيضاً جهاز إتصال داخلي يسمح للاتصال بينك وبين فني التصوير بالرنين المغناطيسي. وعادة ما يوضع في يدك زر إنذار يمكن تشغيله بكبسة بسيطة إذا ما شعرت بأي ضيق لأي سبب كان. وبعد نهاية الفحص مباشرة يمكنك متابعة أعمالك الإعتيادية.

#### حالات خاصة:

إذا كنت تعاني من ما يسمى برُهابُ الأماكن المُغلَّقة أو الضَّيقَة عليك إبلاغ الطبيب، حيث سيتم إعطاؤك مُهدئ خفيف بالفم قبل 30-60 دقيقة من الفحص لمساعدتك على الإسترخاء.



#### ما هو التَّصوِيرُ بِالرَّنِينِ المِغناطِيسِيِّ؟

التصوير بالرنين المغناطيسي هو إجراء تشخيصي يستخدم فيه مغناطيس كبير وقوي بغرض الحصول على صورة للبنية الداخلية لجسم الإنسان مثل الدماغ والحبل الشوكي. وتستخدم نفس التقنية من أجل تصوير الشرايين بالرنين المغناطيسي (MRA) وكذلك تصوير الأوردة بالرنين المغناطيسي (MRV). يتم حفظ جهاز التصوير بالرنين المغناطيسي في غرفة خاصة لتوفير الحماية لمغناطيسه القوية.

#### هل هناك أية مخاطر؟

إن التصوير بالرنين المغناطيسي إجراء آمن وخال من الألم، إذ ليست هناك أية مخاطر تم تسجيلها. إن أمان هذا الإجراء خلال فترة الحمل غير معروف رغم أنه ليس هنالك أي دليل موثق على وجود أية مخاطر. ومن المفضل - إذا كان ممكناً - عدم إجراء التصوير بالرنين المغناطيسي خلال فترة الثلاث أشهر الأولى من الحمل .

#### كم يستغرق إجراء هذا الفحص؟

إن هذا يعتمد على الفحص المحدد الذي يطلبه الطبيب فالتصوير بالرنين المغناطيسي للدماغ يستغرق حوالي 20-40 دقيقة. والتصوير بالرنين المغناطيسي للجزء العنقي أو للجزء الصدري أو للجزء القطني العجزي من الحبل الشوكي يستغرق حوالي 20-30 دقيقة كل على حدة. الرنين المغناطيسي للضفيرة العنقية أو الضفيرة القطنية العجزية يستغرق حوالي 30 دقيقة. إن طول الدراسة يعتمد على حقن أو عدم حقن مادة ملونة وكذلك إذا ما كان هنالك حاجة لاختبارات إضافية مثل تصوير الأوعية بالرنين المغناطيسي. فالمواد الملونة تساعد أخصائي الأشعة على قراءة الصورة بشكل أدق في بعض الحالات. وتصوير الشرايين بالرنين المغناطيسي (MRA) يستغرق حوالي 15-30 دقيقة. وأما تصوير الأوردة بالرنين المغناطيسي (MRV) فيستغرق حوالي 10 دقائق.

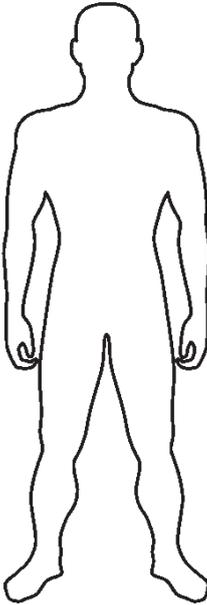
#### كيف تستعد لفحص التَّصوِيرُ بِالرَّنِينِ المِغناطِيسِيِّ ؟

نظراً لأن جهاز التصوير بالرنين المغناطيسي يستخدم مغناطيساً كبيراً، فإنه لا يسمح بإدخال المواد المعدنية أو الآلية إلى غرفة الفحص. فالمواد المعدنية سوف تتطاير في أرجاء الغرفة والأجهزة الميكانيكية (الآلية) سوف تتعطل عن العمل في غرفة التصوير بالرنين المغناطيسي. ولذلك سوف يطلب منك عدم ارتداء أية مجوهرات أو ساعات في غرفة الفحص حيث أنه يجب نزعها. كما ينصح بارتداء ثياب مريحة بأقل قدر ممكن من الإضافات المعدنية. كذلك ينصح بتجنب استخدام مستحضرات التجميل مثل مادة "المسكارا" حيث أنها قد تحتوي على مواد معدنية. ويجب التخلص من دبائيس ومشابك الشعر قبل الفحص. ومن الأفضل إزالة أجهزة الأسنان الإضافية أيضاً.

سوف توجه إليك عدة أسئلة قبل الخضوع للتصوير بالرنين المغناطيسي من أجل التأكد من عدم وجود أية موانع لإجراء الفحص. ولذلك يجب الإجابة على ورقة الاسئلة ( الوجه الثاني للصفحة ) بشكل جيد ووافي. سوف تسأل إذا ما كنت قد خضعت لعملية جراحية من قبل. فالمشابك المعدنية والوالب (البراغي) والدعامات الشريانية (إسنتنت) والصمامات الصناعية أو الأجهزة المزروعة في الجسم قد تمنع من إجراء تصوير بالرنين المغناطيسي. ومع ذلك فإن معظم النماذج الحديثة من تلك الأدوات هي متوافقة مع التصوير بالرنين المغناطيسي.

## Die Magnetresonanztomographie

الرجاء الاجابة على الاسئلة التالية , ثم التوقيع على الورقة الألمانية المرافقة :

1. Sind Allergien oder Überempfindlichkeitsreaktionen (z.B gegen Pflaster <sup>1</sup> , Latex <sup>2</sup> , Jod oder Pencillin <sup>3</sup> , Betäubungsmittel <sup>4</sup> , Nahrungsmittel <sup>5</sup> ) bekannt ? هل لديك حساسية معروفة ضد إحدى المواد التالية : اللصقات الطبية <sup>1</sup> , اللاتيكس <sup>2</sup> , أدوية معينة (بنسيلين أو يود) <sup>3</sup> , أدوية التخدير <sup>4</sup> , أطعمة معينة <sup>5</sup> ؟		نعم Ja	لا Nein	
2. Besteht eine akute oder chronische Infektionskrankheit (z.B Hepatitis <sup>1</sup> , Tuberkulose <sup>2</sup> , HIV-Infektion <sup>3</sup> ) ? هل تعاني من أمراض انتانية حادة أو مزمنة ( التهاب كبد <sup>1</sup> , السل <sup>2</sup> , الإيدز <sup>3</sup> )		نعم Ja	لا Nein	
3. Bestehen Angina pectoris-Beschwerden <sup>1</sup> , Vorhofflimmern <sup>2</sup> oder andere Herzrhythmusstörungen <sup>3</sup> oder ein frischer Herzinfarkt <sup>4</sup> ? هل لديك خناق صدر <sup>1</sup> ؟ رجفان أذيني <sup>2</sup> ؟ اضطرابات في نظم القلب <sup>3</sup> ؟ احتشاء قلبي حديث <sup>4</sup> ؟		نعم Ja	لا Nein	
6. War schon einmal eine Operation am Herzen oder am Kopf notwendig ? هل أجري لك سابقاً عمل جراحي في القلب أو الرأس ؟	لا Nein	نعم Ja		
7. Haben Sie einen Herzschrittmacher, Defibrillator oder eine künstliche Herzklappe? هل لديك في جسمك ناظم خطى قلبي ( بطارية قلب) أو صمام قلبي صناعي ؟	لا Nein	نعم Ja		
8. Wurde bereits eine Operation in der jetzt zu untersuchenden Körperregion durchgeführt? هل تم اجراء عمل جراحي في العضو الذي سيتم تصويره اليوم باستعمال الطبقي المحوري؟؟		نعم Ja	لا Nein	
9. Sind Störungen wichtiger Organe bei Ihnen bekannt (Nieren <sup>1</sup> , Herz <sup>2</sup> , Gefäße <sup>3</sup> , Lunge <sup>4</sup> , Leber <sup>5</sup> , Nervensystem <sup>6</sup> )? هل تعاني من مشاكل في إحدى الاعضاء التالية ( الكلية <sup>1</sup> , القلب <sup>2</sup> , الأوعية الدموية <sup>3</sup> , الرئتين <sup>4</sup> , الكبد <sup>5</sup> , الجهاز العصبي <sup>6</sup> )		نعم Ja	لا Nein	
10. Falls bei Ihnen schon einmal eine MRT durchgeführt wurde, wurde damals Kontrastmittel gespritzt ? في حال اجراء صورة طبقي محوري سابقاً لديك , هل تم حقن مواد ظليلة عندها ؟	نعم Ja	لا Nein		
Wenn ja, traten dabei Nebenwirkungen <sup>1</sup> (Schock <sup>2</sup> , Hautausschlag <sup>3</sup> ) auf ? في حال الاجابة بنعم , هل عانيت عندها من اختلاطات أو اعراض جانبية <sup>1</sup> , غياب عن الوعي <sup>2</sup> , طفح جلدي <sup>3</sup> ؟	نعم Ja	لا Nein		
4. Haben Sie Metallteile im Körper ? هل يوجد أجسام معدنية في جسمك ؟ <input type="checkbox"/> Nein لا <input type="checkbox"/> Ja نعم, bitte markieren Sie wo الرجاء التحديد على الرسم المجاور أين ؟ وما هو ؟ <ul style="list-style-type: none"> <li>○ مفاصل صناعية Künst. Gelenke</li> <li>○ شنتت شرياني Stent</li> <li>○ شظايا معدنية Metallsplitter</li> <li>○ مضخة أنسولين Pumpe</li> <li>○ لولب (للسيدات) Spirale</li> <li>○ جهاز سمع مزروع Gehörimplantat</li> <li>○ ناظم خطى قلبي Herzschrittmacher</li> <li>○ حلق معدني أو حلّي معدني Piercing</li> </ul>				
11. Bestehen Ohrgeräusche ? هل تعاني من طنين في الأذن ؟			نعم Ja	لا Nein
12. Besteht eine Klaustrophobie ? هل لديك خوف من المناطق الضيقة أو المغلقة ؟			نعم Ja	لا Nein
13. Zusatzfrage bei Frauen in gebärfähigem Alter: Könnten Sie schwanger sein ? سؤال للسيدات في عمر الحمل , هل من المحتمل أن تكوني حاملاً ؟	نعم Ja	لا Nein		