

قسم جراحة الكلى والمسالك البولية وأمراض الذكورة
Urology Department at Klinikum Dortmund

PATIENT'S HEALTH QUESTIONNAIRE

This questionnaire helps our physicians evaluate your health and plan your care. All answers are strictly confidential and will become part of your medical record. Please submit this questionnaire along with your recent lab , radiology , pathology and medical reports.

استبيان حالة المريض الصحية

هذا الاستبيان يساعد أطباءنا على تقييم صحتك ورسم خطة العلاج الخاصة بك. جميع الإجابات سيتم التعامل معها بسرية تامة و سوف تصبح جزء من السجل الطبي الخاص بك لدينا. يرجى إرفاق مع هذا الاستبيان جميع التحاليل المخبرية، صور الأشعة، تحليل الأنسجة والتقارير الطبية ذات الصلة.

Patient Name: _____
Last, First, Middle Initial

اسم المريض: _____

Sex: Male Female

اسم العائلة، الاسم الأول والأوسط

الجنس: ذكر أنثى

Date of Birth: ____/____/____ **Age:** ____

تاريخ الميلاد: ____/____/____ : العمر: ____

Height: ____ **Weight:** ____

الطول: ____ : الوزن: ____

Type of visit:

- Consultation requested by another physician
 Self-referred
 Second Opinion

نوع الزيارة:

- تحويل من طبيب آخر
 تحويل ذاتي
 مشاورة الرأي الآخر

Chief Complaint: (main reason for seeking medical attention)

الشكوى الرئيسية: (السبب الرئيسي للإستشارة الطبية)

History of present illness:

(Briefly describe your symptoms, when they started)

تاريخ المرض الحالي:

(صف باختصار الأعراض الحالية التي تشكو منها، متى وكيف بدأت)

Please list prior surgeries, if any:

يرجى ذكر جميع العمليات الجراحية التي أجريت لك سابقاً، إن وجدت:

Associated medical problems:

Yes No

- Kidney diseases
 Heart diseases
 Lung diseases
 Gastrointestinal diseases
 Neurological diseases
 High blood pressure
 Diabetes mellitus
 High blood Cholesterol

مشاكل طبية أخرى مصاحبة:

- لا نعم
 أمراض الكلى المزمنة
 أمراض القلب
 أمراض الجهاز التنفسي
 أمراض الجهاز الهضمي
 أمراض الجهاز العصبي
 ارتفاع ضغط الدم
 داء السكري
 ارتفاع كوليسترول الدم

Genitourinary history:

Yes No

- Frequent urination
- Painful or burning urination
- Awake at night to urinate
- Urgency to urinate
- Urinary stream is weak
- Urinary stream is intermittent
- Blood in urine
- Blood at beginning of urine stream
- Blood at the end of urine stream
- History of urinary retention
- Cannot hold urine (wet yourself)
- History of urinary tract infections
- History of fever or chills in the last 6 months
- History of enlarged prostate
- History of prostatitis
- History of epididymitis
- History of kidney stones
- History of testicular trauma
- Abdominal mass
- Bulge inside scrotum
- Penile discharge
- Painful intercourse
- Unsatisfactory sexual function
- History of sexually transmitted diseases

Any recent unexplained weight loss? Yes No
If yes, how many kilograms? _____

When was the last time you had a digital rectal exam?

- within the last year 1-2 years ago
- more than 2 years Never

What was your latest Prostate-specific antigen (PSA) level? If applicable
_____ ng/ml

Have you ever had a prostate biopsy? Yes No
If yes, please specify and attach a pathology report.

Do you have family history of:

- Prostate cancer Heart diseases
- Bladder cancer Diabetes mellitus
- Kidney cancer Kidney stones

التاريخ البولي التناسلي:

لا نعم

- تكرار التبول في فترات زمنية متقاربة
- ألم أو حرقان أثناء التبول
- الاستيقاظ في الليل للتبول
- الشعور برغبة ملحة للتبول
- ضعف تدفق البول
- تقطع في تدفق البول
- وجود دم في البول
- خروج دم مع بداية تدفق البول
- خروج دم مع نهاية تدفق البول
- احتباس سابق في البول
- عدم التحكم في البول (سلس البول)
- التهابات بولية متكررة في السابق
- حمى أو قشعريرة متكررة خلال الست أشهر الماضية
- تضخم في غدة البروستاتا
- التهاب سابق في غدة البروستاتا
- التهاب سابق في البربخ
- تشخيص سابق بحصوات الكلى
- رض في الخصية سابق
- كتلة محسوسة في منطقة البطن
- انتفاخ داخل كيس الصفن
- إفرازات من القضيب
- آلام أثناء الجماع
- ضعف في الأداء الجنسي
- إصابة سابقة بالأمراض المنقولة جنسيا

هل فقدت وزنا بشكل غير مبرر مؤخرًا؟ نعم لا
إذا كان الجواب بنعم ، فكم كجم ؟ _____

متى تم آخر مرة إجراء الفحص الأصبغي للبروستاتا عن طريق المستقيم ؟

- خلال العام الماضي منذ سنة إلى سنتين
- منذ أكثر من سنتين لم يتم الفحص

كم كانت آخر قراءة لفحص المستضد البروستاتي النوعي PSA ؟ إن وجد
_____ نانوغرام / ميليلتر

هل تم إجراء خزعة للبروستاتا سابقًا؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى إرفاق صورة من تقرير تحليل الأنسجة .

هل تم تشخيص أحد أفراد عائلتك بـ :

- سرطان البروستاتا أمراض القلب
- سرطان المثانة داء السكري
- سرطان الكلى حصوات الكلى

Do you drink alcohol? Yes No
If yes, how frequent?

هل تشرب الكحول؟ نعم لا
إذا كان الجواب نعم ، حدد الكم

Do you smoke?

Yes, packs per day _____
 Previous smoker, when did you quit _____
 No

هل تدخن ؟

نعم ، كم علبة في اليوم الواحد؟ _____
 مدخن سابق ، منذ متى أقلعت عن التدخين ؟ _____
 لا

Do you take any anticoagulation medications regularly?
(such as Aspirin, Marcumar or Plavix etc)

Yes No
If yes, please specify

هل تأخذ أي أدوية لمنع تخثر الدم بانتظام؟ (مثل الأسبرين ، الماركمار أو بلافيكس الخ)
 نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى التحديد

Please list all other medications you take regularly:

يرجى ذكر جميع الأدوية الأخرى التي تأخذها بانتظام :

Did you ever have the following treatments?

Radiation Therapy Yes No
If yes, please explain why

Number of Treatments? _____

Chemotherapy Yes No
If yes, please explain why

Number of Treatments? _____

Are you allergic to any medicines? Yes No
If yes, please specify

Are you allergic to any foods? Yes No
If yes, please specify

Are you allergic to latex/rubber products?
(such as condoms, gloves or paint) Yes No
If yes, please specify

Are you allergic to dyes used for x-rays? Yes No
If yes, please specify

Any other allergies? Yes No
If yes, please specify

هل تلقيت في السابق أحد العلاجات التالية ؟

العلاج الإشعاعي نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى توضيح السبب

عدد الجلسات؟ _____

العلاج الكيماوي: نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى توضيح السبب

عدد الجلسات؟ _____

هل لديك حساسية من أدوية معينة ؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى التحديد

هل لديك حساسية من أطعمة معينة؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى التحديد

هل لديك حساسية من منتجات اللاتكس / المطاط ؟

مثل: الواقي الذكري، الفقازات أو الطلاء نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى التحديد

هل لديك حساسية من الأصباغ المستخدمة في التصوير الاشعاعي؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى التحديد

هل لديك حساسية من أي شئ آخر؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى التحديد

Please visit our website www.klinikumdo.de for an overview of our department, our medical services and meet our team. A detailed brochure will also be available for download in your language.

يرجى زيارة موقعنا على الانترنت www.klinikumdo.de لأخذ لمحة عامة عن قسم جراحة المسالك البولية، والخدمات العلاجية التي يقدمها والتعرف على فريقنا الطبي. كما تجدون على موقعنا مطوية مفصلة باللغة العربية قابلة للتحميل.