

بسم الله الرحمن الرحيم

STATE OF KUWAIT
MINISTRY OF HEALTH
AS'AD AL HAMAD
DERMATOLOGY CENTER
AL SABAH HOSPITAL



دولة الكويت
وزارة الصحة
مركز أسعد الحمد للأمراض الجلدية
مستشفى الصباح

Questionnaire: Excisional Biopsy Patients

استبيان حالة المريض قبل الأستئصال الجراحي

Name: _____

الاسم: _____

Age: _____

العمر: _____

Sex: _____

الجنس: _____

Diagnosis: _____

التشخيص: _____

Medical Diagnoses: Choose appropriate

التشخيصات الطبية العامة: اختر المناسب

Diabetes Mellitus

مرض السكر

Hypertension

ارتفاع ضغط الدم

Ischemic Heart Disease

مرض القلب وتصلب الشرايين

Heart Valve Dysfunction

فشل صمامات القلب

Keloid/Hypertrophic Scarring

ندبات الجلد زائدة الحجم

Others (Specify):

أمراض أخرى (الرجاء حدد المرض):

Medications:

الأدوية التي تؤخذها بانتظام أو عند اللزوم:

Allergy:

الحساسية: أدوية/تخدير/ضمادة

Infectious Diseases:

أمراض معدية:

HIV/AIDS

فيروس أو مرض الأيدز

Hepatitis B/C

التهاب الكبد الوبائي بي أو سي

Others:

أمراض أخرى:
