نموذج الاستبيان الطبي الإلزامي

يتضمن هذا الملحق الإلزامي الاستبيانات الطبية التي يجب تطبيقها على كافة الموظفين الذين يتعرضون للأسبستوس فوق حد التعرض المسموح به ، وبناءً على ذلك سيتم ضمهم إلى برنامج المراقبة الطبية الخاص بصاحب العمل. يحتوي الجزء 1 من الملحق على الاستبيان الطبي الأولي، والذي يجب تطبيقه على كافة الموظفين الجدد الذين ستشملهم متطلبات المراقبة الطبية.

يتضمن الجزء 2 الاستبيان الطبي الدوري المختصر، الذي يجب تطبيقه على كافة الموظفين الذين يتم إجراء فحوصات طبية دورية لهم بموجب الأحكام المعيارية للمراقبة الطبية.

الاستبيان الطبي الأولي

1. الاسم

2. رقم الإقامة أو ما يعادله (إذا كنت مواطنا لا يُطلب منك الحصول على أي رقم من هذا القبيل، اكتب "لا ينطبق

3. رقم الموظف

4. الوظيفة الحالية

5. صاحب العمل الحالي

6. عنوان المنزل

7. الرقم البريدي

8. رقم الهاتف

9. مدير الحوار

10. التاريخ

11. تاريخ الميلاد

الشهر اليوم السنة

12. محل الميلاد

13. النوع ذكر \_\_\_ أنثى \_\_\_

14. ما هي حالتك الاجتماعية؟ أعزب \_\_\_ منفصل/ أرمل\_\_\_ متزوج \_\_\_ مطلق \_\_\_

15. العرق أبيض \_\_\_ من أصل لاتيني \_\_\_ أسود \_\_\_ هندي \_\_\_ آسيوي \_\_\_ أخرى \_\_\_

16. ما هي أعلى درجة دراسية حصلت عليها من المدرسة؟

(على سبيل المثال، استكملت 12 عامًا في المدرسة الثانوية)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| السجل المهني | | | | |
|  |  | 17. أ. هل سبق لك أن عملت بدوام كامل (30 ساعة في الأسبوع أو أكثر) لمدة 6 أشهر أو أكثر؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كانت الإجابة نعم |  | |
|  |  | هل سبق لك العمل لمدة عام أو أكثر في وظيفة حيث تتعرض لبيئات متربة؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | حدد الوظيفة/ الصناعة \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | إجمالي سنوات العمل \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  |  | مستوى التعرض للغبار: | خفيف \_\_\_\_ معتدل \_\_\_\_ شديد \_\_\_\_ | |
|  |  | ب. هل سبق لك أن تعرضت لأبخرة أو غازات كيميائية في عملك؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كانت الإجابة نعم |  | |
|  |  | حدد الوظيفة/ الصناعة \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | إجمالي سنوات العمل \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  |  | مستوى التعرض للغازات: | خفيف \_\_\_\_ متوسط \_\_\_\_ شديد \_\_\_\_ | |
|  |  | ج. ما هي مهنتك أو وظيفتك المعتادة - الوظيفة التي عملت بها على المدى الأطول؟ |  | |
|  |  | الوظيفة/ المهنة \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  |  | عدد سنوات العمل في هذه المهنة | | |
|  |  | المنصب/ المسمى الوظيفي | | |
|  |  | العمل أو المجال أو الصناعة | | |
|  | . | د. هل سبق لك العمل في: (سجل في السطور التالية السنوات التي عملت خلالها في أحدى هذه الصناعات، على سبيل المثال، 1960-1969) | نعم لا | |
|  |  | في منجم؟ | \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ | |
|  |  | في محجر؟ | \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ | |
|  |  | في مسبك؟ | \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ | |
|  |  | في صناعة الفخار؟ | \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ | |
|  |  | في القطن، أو الكتان، أو مصنع منسوجات القنب؟ | \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ | |
|  |  | مع الاسبستوس؟ | \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ | |
| السجل الطبي السابق | | | | |
|  |  | 18. أ. هل تعتبر نفسك في صحة جيدة؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كانت الإجابة "لا" أذكر السبب \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  |  | ب. هل تعاني من أية عيوب في الرؤية؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كانت الإجابة "نعم" أذكر طبيعة الحالة أو العيب: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  |  | ج. هل تعاني من أية مشاكل في السمع؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كانت الإجابة "نعم" أذكر طبيعة الحالة أو العيب: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  |  | د. هل تعاني من أو سبق لك أن عانيت من: | نعم لا | |
|  |  | الصرع (أو النوبات، أو الاضطرابات، أو التشنجات)؟ | \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ | |
|  |  | الحمى الروماتيزمية؟ | \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ | |
|  |  | أمراض الكلى؟ | \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ | |
|  |  | أمراض المثانة؟ | \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ | |
|  |  | داء السكري؟ | \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ | |
|  |  | اليرقان؟ | \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ | |
| **نزلات البرد وأمراض الصدر** | | | | |
|  |  | 19. أ. إذا أصبت بالبرد، هل "عادة" تصاب ببرد في صدرك؟  (عادة تعني أكثر من نصف الوقت) | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | ب. خلال الأعوام الثلاثة الماضية، هل عانيت من أية أمراض صدرية منعتك من العمل أو أبقتك داخل المنزل أو في سريرك؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كانت الإجابة نعم |  | |
|  |  | هل تُصاب بالبلغم مع أيًا من هذه الأمراض الصدرية؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | في الاعوام الثلاثة الماضية، كم عدد هذه الأمراض التي أصابتك مع (زيادة) في البلغم والتي استمرت لمدة أسبوع أو أكثر؟ | عدد الأمراض \_\_\_  لا يوجد مثل هذه الأمراض \_\_\_ | |
|  |  | 20. هل عانيت من أية مشاكل في الرئة قبل سن 16 عام؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | 21. هل سبق لك أن عانيت من أيًا من الأمراض التالية؟ |  | |
|  |  | أ. التهاب الشعب الهوائية؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كانت الإجابة نعم |  | |
|  |  | هل تم تأكيد ذلك بواسطة الطبيب؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | في أي عمر تعرضت لأول نوبة؟ | العمر بالسنوات \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | ب. الالتهاب الرئوي (بما في ذلك التهاب القصبات الهوائية)؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كانت الإجابة نعم |  | |
|  |  | هل تم تأكيد ذلك بواسطة الطبيب؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | في أي عمر عانيت لأول مرة من هذا المرض؟ | العمر بالسنوات \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | ج. حمى القش (التهاب الأنف) | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كانت الإجابة نعم |  | |
|  |  | هل تم تأكيد ذلك بواسطة الطبيب؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | في أي عمر بدأت تعاني من هذا المرض؟ | العمر بالسنوات \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | 22. هل سبق لك أن عانيت من التهاب قصبي مزمن؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كانت الإجابة نعم |  | |
|  |  | هل لازلت تعاني من هذا المرض؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | هل تم تأكيد ذلك بواسطة الطبيب؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | في أي عمر بدأت تعاني من هذا المرض؟ | العمر بالسنوات \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | 23. هل سبق لك أن عانيت من انتفاخ الرئة؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كانت الإجابة نعم |  | |
|  |  | هل لازلت تعاني من هذا المرض؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | هل تم تأكيد ذلك بواسطة الطبيب؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | في أي عمر بدأت تعاني من هذا المرض؟ | العمر بالسنوات \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | 24. هل سبق لك أن عانيت من الربو؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كانت الإجابة نعم |  | |
|  |  | هل لازلت تعاني من هذا المرض؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | هل تم تأكيد ذلك بواسطة الطبيب؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | في أي عمر بدأت تعاني من هذا المرض؟ | العمر بالسنوات \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | إذا لم تعد تعاني من هذا المرض، في أي سن تعافيت منه؟ | سن الشفاء من المرض \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | 25. هل سبق لك أن عانيت من: |  | |
|  |  | أ. هل تعاني من أية أمراض صدرية أخرى. | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كنت الإجابة "نعم"، يرجي التحديد \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  |  | ب. هل أجريت اية عمليات جراحية بالصدر؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كنت الإجابة "نعم"، يرجي التحديد \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  |  | ج. هل عانيت من أية إصابات في الصدر؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كنت الإجابة "نعم"، يرجي التحديد \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  |  | 26. هل أخبرك الطبيب من قبل بأنك تعاني من مشاكل في القلب؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كانت الإجابة نعم |  | |
|  |  | هل سبق لك أن تلقيت علاجًا لمشاكل القلب خلال الأعوام العشر الماضية؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | 27. هل أخبرك الطبيب من قبل بأنك تعاني من ارتفاع ضغط الدم (ضغط الدم المرتفع)؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كانت الإجابة نعم |  | |
|  |  | هل سبق لك أن تلقيت علاجًا ارتفاع ضغط الدم (ضغط الدم المرتفع) خلال الأعوام العشر الماضية؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | 28. متى آخر مرة أجريت أشعة على صدرك؟ | (السنة) \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | |
|  |  | 29. أ. أين آخر مرة أجريت أشعة على صدرك (إذا كان ذلك معروفًا)؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  |  | ب. ماذا كانت النتيجة؟  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| السجل العائلي | | | | |
|  |  | 30. هل سبق أن أخبر الطبيب أحد والديك الطبيعيين أنهم يعانون من أمراض رئوية مزمنة مثل: | الأب  نعم لا غير متأكد | الأم  نعم لا غير متأكد |
|  |  | أ. التهاب الشعب الهوائية المزمن | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ |
|  |  | ب. تضخم الرئة؟ | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ |
|  |  | ج. الربو؟ | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ |
|  |  | د. سرطان الرئة؟ | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ |
|  |  | هـ. أمراض الصدر الأخرى؟ | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ |
|  |  | و. هل لايزال الوالدين على قيد الحياة؟ | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ |
|  |  | ز. يرجي التحديد: |  |  |
|  |  |  | \_\_\_\_ العمر إذا مكان على قيد الحياة | \_\_\_\_\_ العمر إذا كانت على قيد الحياة |
|  |  |  | \_\_\_\_\_ العمر عند الوفاة | \_\_\_\_\_ العمر عند الوفاة |
|  |  |  | \_\_\_\_\_ لا أعرف | \_\_\_\_\_ لا أعرف |
|  |  | ح. يرجي ذكر سبب الوفاة: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | 31. أ. هل تعاني عادة من السعال؟ (قم بإحصاء عدد مرات السعال مع أول خيط دخان أو عند البدء في الخروج من الأبواب. استبعد تنظيف الحنجرة.)؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كانت الإجابة "لا"، انتقل إلى السؤال 32ج |  |  |
|  |  | ب. هل تسعل عادة بقدر4 إلى 6 مرات في اليوم لمدة 4 أيام أو أكثر في الأسبوع؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | ج. هل تسعل عادة عند الاستيقاظ أو عند القيام بأول شيء في الصباح؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | د. هل تسعل عادة على مدار اليوم أو في الليل؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كانت الإجابة "نعم" على أيًا من الأسئلة أعلاه (32أ أو ب أو ج أو د)، أجب على ما يلي. إذا كانت الإجابة "لا" على كافة الأسئلة، اختار "لا ينطبق" وانتقل إلى السؤال التالي. | | |
|  |  | هـ. هل تسعل عادة بنفس الطريقة في معظم الأيام لمدة 3 أشهر متتالية أو أكثر خلال العام؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | و. كم عدد السنين التي كنت تعاني فيها من السعال؟ | عدد السنوات \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | 32. أ. هل عادة ما تخرج البلغم من صدرك؟ (قم بإحصاء عدد مرات السعال مع البلغم مع أول خيط دخان أو عند بدء خروجك من الأبواب. استبعد البلغم من الأنف. احسب البلغم الذي يتم بلعه). | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كانت الإجابة "لا"، انتقل إلى السؤال 33ج |  | |
|  |  | ب. هل تخرج البلغم عادة بنفس الطريقة مرتين في اليوم لمدة 4 أيام أو أكثر من الأسبوع؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | ج. هل تخرج البلغم عادة عند الاستيقاظ أو عند القيام بأول شيء في الصباح؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | د. هل تخرج البلغم عادة على مدار اليوم أو في الليل؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كانت الإجابة "نعم" على أيًا من الأسئلة أعلاه (33أ أو ب أو ج أو د)، أجب على ما يلي.  إذا كانت الإجابة "لا" على كافة الأسئلة، اختار "لا ينطبق" وانتقل إلى السؤال 34أ. | | |
|  |  | هـ. هل تخرج البلغم بنفس الطريقة في معظم الأيام لمدة 3 أشهر متتالية أو أكثر خلال العام؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | و. كم عدد السنوات التي كنت تعاني فيها من البلغم؟ | عدد السنوات \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
| نوائب السعال والبلغم | | | | |
|  |  | 33. هل عانيت من فترات أو نوائب من (زيادة \*) السعال والبلغم يستمر لمدة 3 أسابيع أو أكثر كل عام؟ \* (بالنسبة للأشخاص الذين يعانون عادة من السعال و/ أو البلغم) | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كانت الإجابة نعم |  | |
|  |  | لكم من الوقت عانيت من ما لا يقل عن 1 من مثل هذه النوائب سنويًا؟ | عدد السنوات \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
| الأزيز (الصفير) | | | | |
|  |  | 34. هل أصدر صدرك من قبل أزيز أو صفير ... |  | |
|  |  | أ. عندما تصاب بالبرد؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | ب. في بعض الأحيان بصرف النظر عن نزلات البرد؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | ج. في معظم الأيام أو الليالي؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كانت الإجابة نعم |  | |
|  |  | كم عدد السنوات التي عانيت فيها من ذلك؟ | عدد السنوات \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | 35. أ. هل سبق لك أن تعرضت لنوبة من الصفير مما جعلك تشعر بضيق في التنفس؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كانت الإجابة نعم |  | |
|  |  | ب. كم كان عمرك عندما تعرضت لنوبة الصفير الأولى؟ | العمر بالسنوات \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | ج. هل عانيت اثنين أو أكثر من مثل هذه النوائب؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | د. هل احتاجت إلى دواء أو علاج لعلاج مثل هذه النوبة (النوائب)؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
| ضيق التنفس | | | | |
|  |  | 36. في حالة العجز عن المشي بسبب أي حالة غير أمراض القلب أو الرئة، يرجى وصف الحالة وانتقل إلى السؤال 39. أوصف طبيعة الحالة (الحالات): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  |  | 37. أ. هل تعاني من ضيق في التنفس عند الهرولة على سطح مستوي أو المشي على تلة طفيفة الارتفاع؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كانت الإجابة نعم |  | |
|  |  | ب. هل اضطررت من قبل إلى المشي أبطأ من الأشخاص في نفس عمرك على سطح مستوي بسبب ضيق التنفس؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | ج. هل اضطررت من قبل إلى التوقف لالتقاط أنفاسك عند المشي بنفس سرعتك المعتادة على سطح مستوي؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | د. هل اضطررت من قبل إلى التوقف لالتقاط أنفاسك بعد المشي حوالي 100 ياردة (أو بعد بضع دقائق) على سطح مستوي؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | هـ. هل تتنفس بشدة بشدة عند مغادرة المنزل أو عند ارتداء ملابسك أو صعود إحدى درجات السلالم؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
| تدخين التبغ | | | | |
|  |  | 38. أ. هل سبق لك أن دخنت السجائر؟ (لا تعني أقل من 20 علبة سجائر أو 12 أوقية من التبغ في حياتك أو أقل من سيجارة واحدة في اليوم لمدة سنة واحدة). | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كانت الإجابة نعم |  | |
|  |  | ب. هل تدخن السجائر حاليًأ (منذ شهر واحد)؟ | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | ج. كم كان عمرك عندما بدأت تدخين السجائر بشكل منتظم؟ | العمر بالسنوات \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | د. إذا كنت قد اقلعت عن تدخين السجائر بشكل كامل، كم كان عمرك عندما اقلعت عن تدخين السجائر؟ | العمر الذي أقلعت فيه عن تدخين السجائر \_\_\_لا ينطبق \_\_\_ لازلت أدخن السجائر \_\_\_ | |
|  |  | هـ. كم عدد السجائر التي تدخنها في اليوم؟ | عدد السجائر باليوم \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | و. في المتوسط طوال الوقت الذي دخنت فيه، كم عدد السجائر التي كنت تدخنها يوميًا؟ | عدد السجائر باليوم \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | ز. هل تستنشق أو استنشقت دخان السجائر؟ |  | |
|  |  | على الإطلاق \_\_\_ قليلاً \_\_\_ باعتدال \_\_\_ بعمق \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | | |
|  |  | 39. أ. هل سبق لك أن دخنت الغليون بشكل منتظم؟  (نعم تعني أكثر من 12 أوقية من التبغ في العمر.) | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | إذا كانت الإجابة نعمللأشخاص الذين قاموا بتدخين الغليون: | | |
|  |  | ب. كم كان عمرك عندما بدأت تدخين الغليون بشكل منتظم؟ | العمر \_\_\_ | |
|  |  | ج. إذا كنت قد اقلعت عن تدخين الغليون بشكل كامل، كم كان عمرك عندما اقلعت عن تدخين الغليون؟ | العمر الذي أقلعت فيه عن تدخين الغليون \_\_\_لا ينطبق \_\_\_  لازلت أدخن الغليون \_\_\_ | |
|  |  | د. في المتوسط طوال الوقت الذي دخنت فيه الغليون، كم عدد تبغ الغليون الذي كنت تدخنه أسبوعيًا؟  (يحتوي كيس التبغ القياسي على 1 1/2 أوقية) | الأوقية في الأسبوع\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | هـ. ما مقدار تبغ الغليون الذي تدخنه حاليًا؟ | الأوقية في الأسبوع \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  لا أدخن الغليون في الوقت الحالي \_\_\_ | |
|  |  | و. هل تستنشق أو استنشقت دخان الغليون؟ |  | |
|  |  | لم أدخن ابدًا\_\_\_ على الإطلاق \_\_\_ قليلاً \_\_\_ باعتدال \_\_\_ بعمق \_\_\_ | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 40. أ. هل سبق لك أن دخنت السيجار بشكل منتظم؟ (نعم تعني أكثر من سيجار واحد في الأسبوع لمدة عام) | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ |
|  |  | إذا كانت الإجابة نعمللأشخاص الذين قاموا بتدخين السيجار: | |
|  |  | ب. كم كان عمرك عندما بدأت تدخين السيجار بشكل منتظم؟ | العمر \_\_\_ |
|  |  | ج. إذا كنت قد اقلعت عن تدخين السيجار بشكل كامل، كم كان عمرك عندما اقلعت عن تدخين السيجار؟ | العمر الذي أقلعت فيه عن تدخين السيجار \_\_\_لا ينطبق  لازلت أدخن السيجار \_\_\_ |
|  |  | د. في المتوسط طوال الوقت الذي دخنت فيه السيجار، كم عدد السيجار الذي كنت تدخنه أسبوعيًا؟ | السيجار في الأسبوع \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ |
|  |  | هـ. كم عدد سيجار الذي تدخنه في الأسبوع حاليًا؟ | السيجار في الأسبوع \_\_\_  لا أدخن السيجار في الوقت الحالي \_\_\_ |
|  |  | و. هل تستنشق أو استنشقت دخان الغليون؟ |  |
|  |  | لم أدخن ابدًا\_\_\_ على الإطلاق \_\_\_ قليلاً \_\_\_ باعتدال \_\_\_ بعمق \_\_\_ | |

التوقيع \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

الاسم بحروف واضحة \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_