

نرجو ملئ هذا النموذج حتى نتمكن من مساعدتك  
Please Complete This Form So We Can Help You

إحتفظ بهذه الورقة بسيتطلع أحد أفراد الفريق المساعد على هذه الورقة في أقرب فرصة.  
Keep this paper with you. A staff person will look at your paper soon.

اسم المريض \_\_\_\_\_ Patient's name

Female أنثى  Male ذكر

العمر \_\_\_\_\_ Age

الوزن \_\_\_\_\_ كيلوجرام/رطل Kg/lb weight

Who is filling out this form?

Me. The patient

Patient's family member or friend

An interpreter for the patient

من يقوم بملئ هذا النموذج؟

أنا، المريض.

أحد أفراد أسرة المريض أو صديق.

مترجم حضر برفقة المريض

Why are you here?

I am ill or injured because of a disaster

I am ill or injured but not because of a disaster

I am here to help or look for a family member

ما هو سبب تواجدك هنا؟

أنا مريض أو مصاب بسبب حادث

أنا مريض أو مصاب ولكن ليس بسبب حادث

أنا هنا للمساعدة أو البحث عن أحد أفراد الأسرة

Are you pregnant?

Yes

I am in labor

No

I am not sure

هل أنت حامل؟

نعم

أنا في حالة وضع

لا

لست متأكدة

**What problems are you having?**

Mark all that apply.

- I am having trouble breathing  
I am having chest pain, pressure, or discomfort  
I am bleeding  
I have a severe headache  
I feel dizzy or lightheaded  
I am having problems seeing  
I cannot hear  
I have a broken bone  
My skin is burning  
I have a skin rash, swelling or redness  
I feel numbness or tingling  
I have nausea, vomiting or diarrhea  
I have a runny nose, cough or a fever

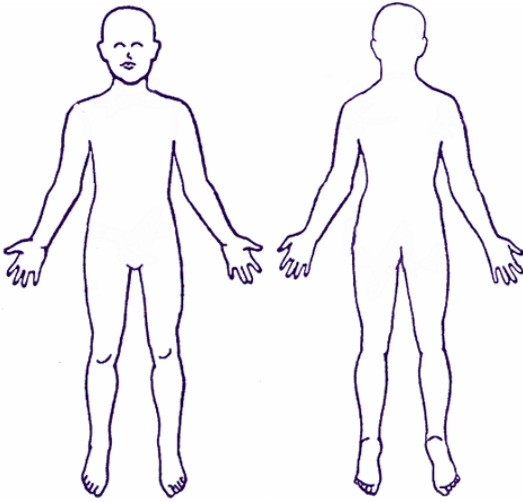
**ما هي المشكلة التي تواجهك؟**

ضع علامة على ما ينطبق عليك.

- لدي مشاكل بالتنفس  
 أشعر بألم في الصدر، ضغط أو إجهاد  
 لدي حالة من النزيف  
 أشعر بصداع حاد  
 أشعر بدوار أو دوخة  
 أعاني من مشاكل بالرؤية  
 لا أستطيع السمع  
 لدي كسر بالعظام  
 لدي حرق في الجلد  
 لدي طفح جلدي، تورم أو احمرار  
 لدي فقدان في الحس أو وخز خفيف  
 لدي غثيان، قيئ أو إسهال  
 لدي رشح بالأنف، كحة أو حمى

**علم الأماكن التي تشعر فيها بألم على الأشكال التي أمامك.**

Mark on these figures where you feel pain.



**Mark any diseases or conditions you have or have had in the past.**

- Asthma  
Diabetes  
Heart disease  
Hepatitis  
High blood pressure  
Immunosuppression from HIV, cancer or other reason  
Stroke

**ضع علامة على الأمراض أو الحالات التي لديك أو كنت تعاني منها في الماضي.**

- الربو  
 مرض السكري  
 مرض بالقلب  
 التهاب بالكبد  
 ارتفاع في ضغط الدم  
 كابيت للمناعة من الأيدز، السرطان أو أي سبب آخر  
 سكتة دماغية

**Mark any medicines you are taking.**

- Heart medicines  
Blood pressure medicines  
Blood thinners such as Coumadin  
Breathing medicines  
Insulin  
Other over the counter medicines such as antacids,  
laxatives or pain medicines

**ضع علامة على الأدوية التي تتناولها.**

- أدوية للقلب  
 أدوية لضغط الدم  
 أدوية لسيولة الدم مثل الكومادين  
 أدوية للتنفس  
 أنسولين  
 أدوية ممكن شراؤها بدون وصفه طبيه مثل مضاد الحموضة،  
ملين أو مُسكنات

**Mark any allergies you have.**

- Dairy products such as eggs or milk  
Seafood  
Dye or iodine  
Aspirin  
Penicillin  
Morphine  
Sulfa  
Latex  
Other \_\_\_\_\_

**ضع علامة إن كان لديك أي نوع من أنواع الحساسية.**

- منتجات الألبان مثل البيض واللبن  
 المأكولات البحرية  
 الصبغة أو اليود  
 الأسبرين  
 البنسيلين  
 المورفين  
 السلفا  
 اللثي (لين الشجر)  
 نوع آخر \_\_\_\_\_

Mass Casualty Form. Arabic.

7/2007. Content developed through a partnership of the Central Ohio Trauma System, the Columbus Medical Association Foundation, Columbus Public Health, Franklin County Board of Health, Mount Carmel Health, Ohio State University Medical Center and OhioHealth, Columbus, Ohio. Available for use as a public service without copyright restrictions at [www.healthinfotranslations.org](http://www.healthinfotranslations.org).