

Institute of  
Reproduction & IVF  
Director: Prof. Foad Azem

המכון לפרייון  
והפרייה חוץ גופית  
מנהל: פרופ' פואד עאזם

البيانات الشخصية/ مُلصقة

_____	_____
رقم الهوية :	الاسم الشخصي واسم العائلة:

يرجى تعبئة كافة البيانات التالية في حال حصولها خلال آخر أسبوعين:

<input type="checkbox"/> حرارة <input type="checkbox"/> قشعريرة <input type="checkbox"/> تسخُّب <input type="checkbox"/> إسهال <input type="checkbox"/> فقدان حاسة الشم/ الذوق <input type="checkbox"/> ضيق تنفس <input type="checkbox"/> آلام في البطن	<input type="checkbox"/> آلام في الرأس <input type="checkbox"/> آلام في العضلات <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____	<b>الشكاوى</b>
هل تم تشخيصك كحاملة لفايروس الكورونا COVID19 : نعم/ كلا (إذا كانت الإجابة نعم – تاريخ الفحص _____)		<b>مرض نشط</b>
نعم / كلا		<b>المكوث خارج البلاد خلال الشهر الأخير</b>
هل أصيب أحد أقاربك بمرض مصحوب بارتفاع الحرارة/ الرشح/ السعال، آلام الحلق أو تلوث أيا كان؟ نعم / كلا هل كان أحد الأشخاص الذين كنت على تواصل معهم قيد الحجر الصحي (العزل) خلال آخر أسبوعين؟ نعم / كلا هل كان هنالك تعرّض معروف لمريض مؤكد/ مشكوك بإصابته بمرض الكورونا؟ نعم / كلا إذا كانت الإجابة نعم، متى كان تاريخ التعرّض _____		<b>التعرض المعروف عنه لشخص مريض أو مشكوك بإصابته بـ COVID أو أي مرض عدواني آخر</b>

**Institute of  
Reproduction & IVF  
Director: Prof. Foad Azem**

**המכון לפרייון  
והפרייה חוץ גופית  
מנהל: פרופ' פואד עאזם**

לن يمنع تقديم المعلومات الواردة أعلاه تلقي العلاج الطبي اللائق.

أصرّح بهذا بأن كل البيانات والتفاصيل المسجلة أعلاه صحيحة، ومن المعلوم لي بأن إخفاء المعلومات من الممكن أن يشكل خطراً على صحة الجمهور وصحة الطاقم الطبي.

الاسم الكامل: \_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

الساعة: \_\_\_\_: \_\_\_\_