

المعلومات والمساعدة
1-800-339-4661

تم التحديث بتاريخ

/ /



برنامج VIAL OF LIFE

الاسم (Name)		كفيف ☐ (Blind)	
مصاب بمرض الزهايمر أو الخرف المرتبط به ☐ (Alzheimer's Disease or Related Dementia)		أصم ☐ (Deaf)	
العنوان (Address)	المدينة (City)	الرمز البريدي (Zip code)	
رقم الهاتف (Phone #)	ذكر ☐ أنثى ☐ (Male/Female)	تاريخ الميلاد (Date of Birth)	
رقم الضمان الاجتماعي (آخر أربعة أرقام) (Social Security Number (last four digits))		رقم الطبي (آخر أربعة أرقام) (Medicare Number (last four digits))	
رقم البوليصة (Policy Number)		تأمينات أخرى (Other Insurance)	
لا ☐ نعم ☐ (No/Yes)		هل يوجد لديك توجيه رعاية صحية مسبق؟ (Do you have an Advance Health Care Directive?)	
رقم الهاتف (Phone)	الوكيل (Agent)	إذا كانت الإجابة نعم، الموقع (If yes, location)	
لا ☐ نعم ☐ (No/Yes)		هل تحمل "طلب عدم الإنعاش" (Do you have a 'Do Not Resuscitate Order'?)	
لا ☐ نعم ☐ (No/Yes)		هل سجلت لدى عمدة البلدة "خذني إلى المنزل"؟ (Registered with Sheriff's 'Take Me Home'?)	

جهات الاتصال في حالات الطوارئ (EMERGENCY CONTACTS)

الاسم (Name)	العلاقة (Relationship)	رقم الهاتف والبريد الإلكتروني (Phone #, E-mail)
الاسم (Name)	العلاقة (Relationship)	رقم الهاتف والبريد الإلكتروني (Phone #, E-mail)
مقدم الرعاية (Caregiver)	رقم الهاتف والبريد الإلكتروني (Phone #)	
رجال الدين (Clergy)	رقم الهاتف والبريد الإلكتروني (Phone #)	

معلومات حول الحيوانات الأليفة (PET'S INFORMATION)		الاسم والنوع (Name & Type)	
الطبيب البيطري (Veterinarian)		رقم الهاتف (Phone #)	
البيانات الطبية (MEDICAL INFORMATION)		رقم الهاتف (Phone #)	
الطبيب المباشر (Primary Doctor)		رقم الهاتف (Phone #)	
الطبيب البديل (Secondary Doctor)		رقم الهاتف (Phone #)	
المستشفى (Hospital)		فصيلة الدم (Blood Type)	
الطول (Height)		الوزن (Weight)	
ضغط الدم الطبيعي (Normal Blood Pressure)			
الحساسية من الأدوية أو الأطعمة (Allergies to drugs or foods)			
يُرجى إدراج أي حالات طبية تنطبق (على سبيل المثال: أمراض القلب، والسكري، وارتفاع ضغط الدم، والسكتة الدماغية) (Please list any medical conditions that apply, for example: cardiac, diabetes, hypertension, stroke)			

☐ لا
(No)

☐ نعم
(Yes)

☐ لا
(No)

☐ نعم
(Yes)

☐ لا
(No)

☐ نعم
(Yes)

ترتدي نظارة؟
(Wear glasses?)

تستخدم أنبوب الأكسجين؟
(Wear contacts?)

تستخدم كرسي متحرك؟
(Wear hearing aids?)

☐ لا
(No)

☐ نعم
(Yes)

☐ لا
(No)

☐ نعم
(Yes)

☐ لا
(No)

☐ نعم
(Yes)

تضع أطقم أسنان؟
(Wear dentures?)

تضع عدسات لاصقة؟
(Use Oxygen?)

تضع سماعات للأذن؟
(Wheelchair?)

هل؟
(Do you?)

معلومات أخرى مهمة عن حالات الطوارئ
(Other Important Emergency Information)

التحسينات
(Immunizations)

أين تحتفظ بأدويةك؟
(Where do you keep your medications?)

الأدوية (MEDICATIONS)

(بوصفة طبية، أدوية يتم صرفها بدون وصفة طبية، فيتامينات، مكملات عشبية)
(Prescription, Over-the-counter Drugs, Vitamins, Herbal Supplements)

الاسم (Name)	عدد الجرعات (Dose-Freq)	دواعي الاستخدام (Purpose)
الاسم (Name)	عدد الجرعات (Dose-Freq)	دواعي الاستخدام (Purpose)
الاسم (Name)	عدد الجرعات (Dose-Freq)	دواعي الاستخدام (Purpose)
الاسم (Name)	عدد الجرعات (Dose-Freq)	دواعي الاستخدام (Purpose)
الاسم (Name)	عدد الجرعات (Dose-Freq)	دواعي الاستخدام (Purpose)
الاسم (Name)	عدد الجرعات (Dose-Freq)	دواعي الاستخدام (Purpose)
الاسم (Name)	عدد الجرعات (Dose-Freq)	دواعي الاستخدام (Purpose)
الاسم (Name)	عدد الجرعات (Dose-Freq)	دواعي الاستخدام (Purpose)
الاسم (Name)	عدد الجرعات (Dose-Freq)	دواعي الاستخدام (Purpose)