

## ملف الصحي لطلاب الحرم الدولي لجامعة الطبية إيران

### السيرة الذاتية للطالب :

تاريخ إنتهاء الإستبيان : / /

الاسم : ..... ألقب : .....

إسم الأب : .....

العمر: .....

الجنس : ذكر  مؤنث

الحالة الإجتماعية: متزوج  متزوجة  أعزب  عزباء

فصيلة الدم: .....

الجنسية: .....

رقم الجواز: .....

رقم الطالب : .....

الكلية : ..... الفرع الدراسي: .....

الدرجة العلمية : البكالوريوس  الماجستير  الدكتوراه عام  التخصص  فوق التخصص  الزمالة

سنة الدخول في الجامعة: ..... عام الدراسي : الفصل الأول  الفصل الثاني

البريد الالكتروني: .....

نوعية السكن: 1 ( قسم الداخلي  2) وحيداً في المنزل  3) السكن مع الاصدقاء  4) السكن مع الأهل والأقارب

5) اذا كان ليس من الانواع الفوق إذكر نوع السكن : .....

رقم الهاتف الجوال الخاص بك في بلدك: ..... رقم الهاتف الجوال في إيران: .....

رقم هاتف الجوال لإتصال به عند الإضطراب: .....

رقم هاتف الأب: ..... رقم هاتف الام: .....

عنوان السكن : المدينة: ..... الشارع : ..... زقاق: ..... الدار : .....

رقم البريدي: .....

1- هل تكون حالياً تتعالج بسبب مرض خاص؟ نعم  لا

2- إذا كانت الإجابة "نعم" أي نوع من الأمراض تعاني منها؟

1. أمراض الجهاز التنفسي  2. أمراض القلب والأوعية الدموية  3. أمراض الجهاز الهضمي   
 4. أمراض الكلى  5. أمراض الدم  6. الأمراض النفسية  7. الأمراض الجلدية  8. نسبة الدهون بالدم   
 9. ضغط الدم  10. مرض السكري  11. الأمراض الغدة الدرقية  12. أمراض الصرع والتشنجات   
 13. إنقطاع النفس أثناء النوم  14. السرطانات  أخرى  .....

3- هل لديك إعاقات حسية أو حركية؟ نعم  لا

4- إذا كانت الإجابة "نعم"، أياً مما يلي؟

مشاكل في السمع  مشاكل في الروية  مشاكل الحسية - الحركية

5- هل أجريت لك مسبقاً عمليات الجراحية؟ نعم  لا

6- إذا كان الإجابة "نعم"، إذكر نوع العملية؟.....

7- هل تستخدم حالياً دواءً معيناً؟ نعم  لا

8- إذا كان الإجابة "نعم" إذكر إسم الدواء؟.....

9- هل لديك حساسية إتجاه دواء أو طعام معين؟ نعم  لا

10- إذا كانت الإجابة "نعم" إذكر

اسم الدواء:.....

اسم الطعام:.....

11- أي من الأمراض التالية موجودة في أقارب الدرجة الأولى (الأب، الأم، الأخت، الأخ) بنسبة لك؟

1. أمراض القلب والأوعية الدموية  2. أمراض الجهاز التنفسي  3. أمراض الدماغ والأعصاب   
 4. أمراض الجهاز الهضمي  5. أمراض الكلى  6. أمراض الدم  7. نسبة الدهون بالدم   
 8. ضغط الدم  9. مرض السكري  10. الأمراض الغدة الدرقية  11. السرطانات  12. أخرى

.....

## \*إستبيان الصحة النفسية للطلاب\*

الصحة النفسية هي إحدى القضايا التي لها أهمية كبيرة في نوعية حياة الإنسان. لذلك، يتم فحص الصحة النفسية لجميع الطلاب الوافدين في كل عام، عزيزي الطالب تجدر الإشارة إلى أن جميع المعلومات الواردة عنك في هذا الاستبيان تبقى سرية للغاية لدى قسم إستشارة الطلابي والصحة النفسية. فلذا يجب علي الطالب أجابة الاسئلة بشكل دقيق وإذا كان السؤال غير واضح، اسأل الخبير المعني به.

دليل الخيارات:

ابداً : لا مطلقاً \* قليل جداً: أقل من يوم أو يومين في أسبوعين \* قليل: أكثر من يومين في أسبوعين

\* متوسط: أكثر من نصف الايام في أسبوعين \* شديد: كل يوم تقريباً في أسبوعين

1- هل لديك قلة الإهتمام أو الإستمتاع عند القيام بالأعمال في خلال الإسبوعين ؟

ابدأ  قليل جداً  قليل  متوسط  شديد

2- هل تشعر بالحزن أو الاكتئاب أو اليأس في خلال الإسبوعين؟

ابدأ  قليل جداً  قليل  متوسط  شديد

3- هل تشعر بالإثارة والعصبية والغضب أكثر من المعتاد في خلال الإسبوعين؟

ابدأ  قليل جداً  قليل  متوسط  شديد

4- هل نومك أقل من المعتاد ولكن لا يزال لديك الكثير من الطاقة في خلال الإسبوعين؟

ابدأ  قليل جداً  قليل  متوسط  شديد

5- هل تبدأ بإعمال كثيرة جداً أو أكثر خطورة من المعتاد في خلال الإسبوعين ؟

ابدأ  قليل جداً  قليل  متوسط  شديد

6- هل تشعر بالتوتر والعصبية أو الإضطراب النفسي أو الخوف أو القلق والأرق في خلال الإسبوعين؟

ابدأ  قليل جداً  قليل  متوسط  شديد

7- هل تشعر بالذعر أو الخوف أكثر من المعتاد في خلال الإسبوعين؟

ابدأ  قليل جداً  قليل  متوسط  شديد

8- هل تتجنب المواقف التي تجعلك أكثر قلقاً في خلال الإسبوعين؟

ابدأ  قليل جداً  قليل  متوسط  شديد

9- هل تشعر بالاجوع والالام غير معقوله في خلال الإسبوعين (مثل الام في رأس، الظهر، المفاصل، البطن، الأرجل)؟

ابدأ  قليل جداً  قليل  متوسط  شديد

10- هل تشعر بأن مرضك لا يؤخذ علي محمل الجد بما فيه الكافية من قبل الدكتور أو أشخاص آخرين؟

ابدأ  قليل جداً  قليل  متوسط  شديد

11- هل لديك أفكار لإيذاء نفسك في خلال الأسبوعين؟

ابدأ  قليل جداً  قليل  متوسط  شديد

12- هل تسمع اصواتنا لا يستطيع الآخرون سماعها، حتى عندما لا يكون هناك أحد في خلال الأسبوعين؟

ابدأ  قليل جداً  قليل  متوسط  شديد

13- هل تشعر بأن هناك شخصاً يستطيع سماع أفكارك وانك تستطيع ان تسمع افكار الآخرين في خلال الأسبوعين؟

ابدأ  قليل جداً  قليل  متوسط  شديد

14- هل لديك مشاكل في النوم التي تؤثر بشكل عام على نوعية نومك في خلال الأسبوعين؟

ابدأ  قليل جداً  قليل  متوسط  شديد

15- هل لديك مشاكل في الذاكرة (مثل تعلم المعلومات الجديدة) أو تحديد الموقع (مثل العثور على طريق المنزل) في

خلال الأسبوعين؟

ابدأ  قليل جداً  قليل  متوسط  شديد

16- هل تراودك أفكار أو صور غير سارة تدخل إلى ذهنك بشكل تكراراً ومراراً في خلال الأسبوعين؟

ابدأ  قليل جداً  قليل  متوسط  شديد

17- هل تشعر أنك مجبر على أداء بعض السلوكيات أو الأنشطة الفكرية بشكل مكرر في خلال الأسبوعين؟

ابدأ  قليل جداً  قليل  متوسط  شديد

18- هل لديك شعور بالإنفصال عن نفسك أو جسديك أو بيئتك أو ذكرياتك في خلال الأسبوعين؟

ابدأ  قليل جداً  قليل  متوسط  شديد

19- هل لديك الشعور بان لاتعرف نفسك أو ماذا تريد من حياتك في خلال الأسبوعين؟

ابدأ  قليل جداً  قليل  متوسط  شديد

20- هل تشعر بأنك ليس قريب من الآخرين أو ما تستمتع بعلاقاتك معهم في خلال الأسبوعين؟

ابدأ  قليل جداً  قليل  متوسط  شديد

21- هل تشرب ما لا يقل عن 4 علب من أي نوع من المشروبات الكحولية يومياً؟

ابدأ  قليل جداً  قليل  متوسط  شديد

22- هل تستخدم السجائر أو السيجار كوبي أو الغليون أو الشيشة (النارجيلة) أو إستنشاق أو مضغ التبغ؟ اذا كانت الاجابة

"نعم" اي نوع؟

ابدأ  قليل جداً  قليل  متوسط  شديد .....

23- إستخدام أي نوع من الأدوية التالية بإرادتك وبدون وصفة طبية بكميات أكبر ولفترات زمنية أطول من وصفة الطبيب [ الادوية المنومة ومسكنات الألم (مثل الكودايين، الفاليوم، الفيكودين، ترامادول، ألبرازولام، ديازيبام، كلونازيبام أو ترانكوبين)، المنشطات (مثل الريتالين أو آديرال أوالشبو أو الكريستال ميث)، أو القنب (مثل الزهرة قنب أو الحشيش أوقنب الصناعي أو الماريجواناأو الزيت)، والمخدرات (مثل الأفيون أو الميثادون أو الهيروين)، والمهلوسات (مثل الكوكايين، والأمفيتامين، وعقاقير النادي (إل إس دي)، الإكستازي). المستنشقات (مثل الغراء أو البنزين أو الغاز أو الأسيون أو المذيبات).

ابدأ  قليل جداً  قليل  متوسط  شديد

### گزارش پر سشنامه سلامت روان :

#### CCSM Report:

1. تشخیص احتمالی یا مشکل احتمالی :

- |                                   |   |  |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> افسردگی  | <input type="checkbox"/> مشکلات خواب و بیداری   | <input type="checkbox"/> روان پریشی          |
| <input type="checkbox"/> خشم      | <input type="checkbox"/> مشکلات حافظه           | <input type="checkbox"/> کار کرد شخصیت       |
| <input type="checkbox"/> اضطراب   | <input type="checkbox"/> مصرف سیگار، مواد، الکل | <input type="checkbox"/> افکار خود آسیب رسان |
| <input type="checkbox"/> خلق بالا | <input type="checkbox"/> وسواس                  | <input type="checkbox"/> شکایت جسمانی        |