**استمارة الفحص الصحي المبكر**

|  |  |
| --- | --- |
| **اللقب/الشهرة** |  |
| **الاسم الأول** |  |
| **تاريخ الميلاد** |  |
| **رقم بطاقة الهوية (D-nummer)** |  |
| **حامل** | [ ]  نعم لا [ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **مرض حاد**هل تعاني من أي أعراض/أمراض حاليًا؟(الحُمّى، السّعال، صعوبة التنفس، الإسهال، أوجاع، ألم في الأسنان أو غير ذلك) | نعم [ ]  | لا [ ]  |
| **مرض مزمن**هل تعاني من أي أمراض مزمنة؟(أمراض القلب أو الرئة، السرطان، السكري، التمثيل الغذائي، الأمراض المعدية، الأمراض النفسية أو غيرها) | نعم [ ]  | لا [ ]  |
| **الأدوية**هل تتناول أدوية منتظمة تحتاجها الآن؟ | نعم [ ]  | لا [ ]  |
| **الإعاقة**هل لديك إعاقة تحتاج إلى متابعة/أدوات مساعدة لأجلها؟ | نعم [ ]  | لا [ ]  |
| **الأعراض النفسية**هل شعرت، في الأسبوعين الماضيين، باالإحباط والاكتئاب، وكثيرًا ما شعرت باليأس من كل شيء؟إن كان الجواب بنعم،إلى أي مدى يؤثر ذلك عليك في حياتك اليومية؟ (ضع علامة)  [ ]  بدرجة قليلة [ ]  بدرجة متوسطة [ ]  بدرجة كبيرة*خذ بعين الاعتبار الحاجة إلى استمارة حول الأعراض النفسية/التجارب الصادمة.* | نعم [ ]  | لا [ ]  |

**اللقاحات.**ضع علامة إن كانت هناك حاجة للقاحات:

لقاح الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية MMR [ ]

لقاح كوفيد-19 [ ]

تمت تعبئة الاستمارة (التاريخ): ................................

**استمارة الفحص الصحي المبكر –**

**الأعراض النفسية والتجارب المروعة**

|  |  |
| --- | --- |
| **اللقب/اسم العائلة** |  |
| **الاسم الأول** |  |
| **تاريخ الميلاد** |  |
| **رقم بطاقة الهوية (D-nummer)** |  |

*لا ينبغي استخدام هذه الاستمارة للجميع. ينبغي تقييم الأمر لكل حالة على حدة، بناء على المعلومات التي تتضح من خلال الرواية الأساسية، وعملية الهجرة والضغوط السابقة والأعراض النفسية، وذلك لتقدير ما إذا كان ضروريًا إجراء مزيد من الاستقصاء على النحو المبين أدناه.*

*من الضروري إجراء استقصاء للوضع المعيشي الحالي للمريض، والتمكن من التواصل مع شخص ما للتحدث معه حول أي مشاكل ومخاوف، أو ردود أفعال عاطفية قوية. والغرض من ذلك هو معرفة التجارب الصادمة السابقة، التي قد تؤدي إلى أعراض نفسية ذات مخاطر تشير إلى الحاجة إلى رعاية صحية سريعة، وضمان حصول الفرد على متابعة جيدة. وتجدر الإشارة إلى أن الإجابة اختيارية ولا يتعين عليك تقديم تفاصيل إذا كنت لا تريد ذلك.*

* *أكد في المحادثة على ردود الفعل الشائعة بعد الأحداث الصادمة*
* *التمس الحاجة إلى رعاية الصحة النفسية العاجلة*
* *وضّح أن هذا مجرد استقصاء لتحديد احتياجات المتابعة الفورية*

تمت تعبئة الاستمارة (التاريخ): ...............................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | نعم | لا |
| هل اضطررت إلى مغادرة منزلك للعيش مختبئًا/متخفيًا؟ |[ ] [ ]
| هل تعرضت لما يشكل خطرًا على حياتك؟ |[ ] [ ]
| هل تعرضت شخصيًا لإساءة نفسية أو جسدية، أو اعتداء جنسي؟  |[ ] [ ]
| هل شاهدت شخصًا يُقتل أو يُصاب بجروح خطيرة؟   |[ ] [ ]
| هل تعاني من قلق يؤثر على حياتك اليومية إلى درجة كبيرة؟ |[ ] [ ]
| هل شاهدت شخصًا يتعرض للإيذاء النفسي أو الجسدي، أو التعذيب أو الاعتداء الجنسي؟ |[ ] [ ]
| هل تعاني من تكرار ذكريات أو مشاهد في الذاكرة، يصعب التخلص منها؟ |[ ] [ ]
| هل تواجه مشاكل عند النوم/الاستغراق في النوم؟ كوابيس؟ |[ ] [ ]
|  هل تعرضت للتعذيب أو المعاملة اللاإنسانية؟    (إن كانت الإجابة بنعم، فقم بالإبلاغ عن إمكانية إحالة الشخص إلى المزيد من المعاينة)     |[ ] [ ]
| هل أنت بحاجة للتحدث إلى شخص ما حول هذا الموضوع؟ (إن كانت الإجابة بنعم، فقم بالإبلاغ عن إمكانية إحالة الشخص إلى المزيد من المعاينة) |[ ] [ ]