* الإسم : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ذكر أنثى

تاريخ الميلاد : \_\_\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

العنوان : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

عنوان البريد الالكتروني : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

رقم الهاتف : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

ما تاريخ أخذك الجرعة الأولى من لقاح كوفيد 19؟\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* هل أخذت الجرعة الثانية من لقاح كوفيد 19؟ نعم لا

ما تاريخ أخذك الجرعة الثانية من اللقاح؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ما هي شركة لقاح كوفيد 19؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ما الأعراض التي ظهرت عليك بعد أخذك الجرعة الأولى من اللقاح؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ما الأعراض التي ظهرت عليك بعد أخذك الجرعة الثانية من اللقاح؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ما الذي يجعل الأعراض أشد قوة عليك أو يجعلها خفيفة؟ ( مثال في الهواء الطلق، الغرف الحارة، البرودة، إلخ..) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

هل تعاني من مشاكل صحية من قبل ؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

مما تخاف؟ ( مثلا من المرتفعات، الظلام،الحيوانات، الأماكن الضيقة، إلخ....)

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

هل أنت معتاد أن تحلم أثناء نومك؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

هل تستيقظ من النوم ليلا للأكل؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

لو كانت الإجابة بنعم الرجاء الشرح \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ماذا تشتهي أن تأكل من أنواع الأطعمة؟ (مثال الحلويات، المعجنات، الموالح إلخ..) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ما الطعام الذي تكره تناوله؟\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

صف طاقتك الحالية \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

هل تحس بارتفاع أو انخفاض طاقتك أثناء يومك؟

عالية في فترة \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

منخفضة في فترة \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

هل لديك حساسية تجاه شيء ما ؟ (مثلا الإضاءة،الأصوات،الروائح،.....)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

هل لديك نوع من أنواع حساسية الطعام أو غيرها ؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ما هوايتك؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ما لونك المفضل و لماذا؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

هل تعتبر نفسك

* ممن يشعرون بالعطش بشدة
* ممن لا يشعرون بالعطش نهائيل
* أو أنت بين الاثنين

ماذا تحب أن تشرب ؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* هل تفضل مشروباتك باردة جدا
* ساخنة
* بحرارة الغرفة
* هل شهيتك على الطعام بنهم
* معتدلة
* زائدة
* ناقصة
* هل حرارة جسمك ساخنة جدا
* باردة جدا
* لا تستحمل الحرارة / البرودة
* غير ملحوظ

ما جوك المفضل؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ما الجو الذي يسبب لك الإزعاج ؟

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* صف نومك جيد جدا
* خفيف
* معتدل
* قليل جدا، فقير
* هل لديك صعوبات في النوم ليلا؟ نعم
* لا
* هل تستيقظ وسط نومك نعم
* لا

لو كانت الإجابة بنعم متى ؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

صف طاقتك عند استيقاظك في الصباح \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

بأي وضعية تنام ليلا؟ (مثال على ظهرك، على بطنك، على الجنب اليمين...)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* هل تفعل شيئا مما يأتي أثناء نومك المشي
* الكلام
* الضغط على الأسنان
* الشخير
* هل تعاني من الكوابيس الليلية نعم
* لا

للنساء فقط

الدورة الشهرية تأتي كل \_\_\_\_\_\_\_\_ يوما

عدد أيام الدورة الشهرية \_\_\_\_\_\_\_\_أيام

* تدفق دم الدورة يعتبر ثقيل
* خفيف
* تنقيط

هل هناك أوجاع خلال الدورة الشهرية ؟ الرجاء الشرح؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

صفي التغيرات في الدورة الشهرية التي حصلت معك بعد أخذك اللقاح؟

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_