



جامعة دمشق
كلية طب الأسنان
قسم طب الفم

استمارة المريض

• البيانات الشخصية :

اسم المريض :

العمر :

الجنس :

العمل :

العنوان :

الهاتف :

القصة الطبية العامة :

لا

نعم

الأدوية المتناولة :

الشكوى الرئيسية | سبب المراجعة :

غير ذلك

بسبب الآفة

• الفحص السريري :

- مدة الإصابة بالآفة :

- هل تلقيت معالجة سابقة للآفة :

- الأعراض :

- النموذج السريري للحزاز :

الجهة اليسار	الجهة اليمين	
		عدد الآفات
		موقع الآفة

أنا الموقع أدناه

بعد إطلاعي على الاستمارة الخاصة بتوضيح مراحل العمل في البحث وإدراكي لمضمونها وإتمام الإجابة على جميع الأسئلة التي تجول في ذهني . وبناءً عليه فأني أوافق على المشاركة بالبحث الذي تقوم به الدكتورة الباحثة نور الحلاق . وأنا على علم أنّ الباحثة مستعدة للإجابة عن أسئلتي المستقبلية ، مع موافقتي نشر نتائج البحث و مضمونه.

اسم المريض:

التوقيع: