

Welcome to our pharmacy. Please fill out this form so we can help you to the best of our ability. مرحبا بكم في صيدليتنا . يرجى ملء هذه البيانات حتى تتمكن من مساعدتك

I require medicine/assistance for المساعدة ل / دواء / أحتاج إلى:

- Myself نفسي
- Someone else شخص آخر
 - Adult بالغ
 - Child طفل
 - Age العمر _____
 - Weight الوزن _____

Check all that apply for the person requiring medication/assistance اختر كل ما ينطبق على الشخص يتطلب العلاج / المساعدة:

- Pregnant حامل
- Breastfeeding أرضع
- Smokes cigarettes أذخن السجائر
- Allergies to medication. If so, please list medication and reaction حساسية للدواء. إذا كان الأمر كذلك ، يرجى كتابة اسم الدواء وماذا حدث

The person requiring assistance الشخص الذي يحتاج الى المساعدة:

- Takes prescription medication regularly يتناول الدواء الذي وصفه الطبيب بانتظام
- Takes prescription medication occasionally يتناول الدواء الذي وصفه الطبيب احياناً
- Regularly take over-the-counter medication such as acetylsalicylic acid (Aspirin), acetaminophen (Tylenol), ranitidine (Zantac) etc. أخذ هذه الادوية بانتظام بدون وصفة طبية : حمض الصفصاف (الاسبرين) ، اسيتامينوفين (تايلينول) ، رانيتيدين (زانتاك) الخ
- Regularly takes vitamins or herbal supplements such as calcium, vitamin D, iron supplements, etc. أخذ بانتظام الفيتامينات أو المكملات العشبية مثل الكالسيوم و فيتامين د ، مكملات الحديد ، الخ
- Brought medications to pharmacy. احضر الدواء إلى الصيدلية.

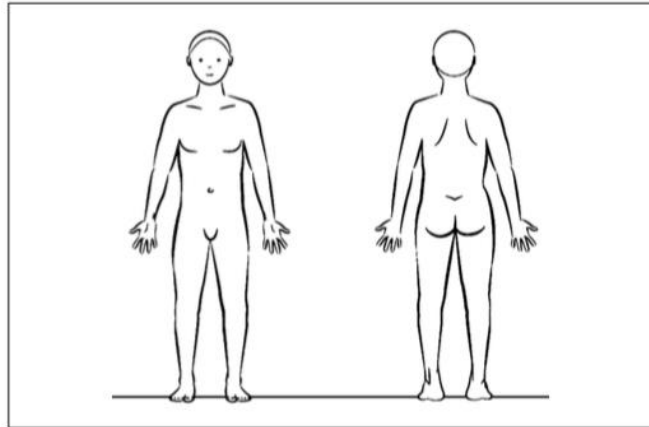
I/someone else is requiring انا او احد آخر نحتاج:

- Condom الواقي الذكري
- Pregnancy test إختبار الحمل
- Ovulation kit إختبار التبويض
- Plan B حبوب منع الحمل في حالات الطوارئ
- To discuss birth control options لمناقشة خيارات تحديد النسل
- Other reproductive/sexual health information غيرها من المعلومات الصحية الإنجابية / الجنسية

الشخص الذي يحتاج الدواء عنده **The person requiring medication has the following issue(s)**

<input type="checkbox"/> Pain ألم	<input type="checkbox"/> Headache صداع	<input type="checkbox"/> Backache آلام الظهر	<input type="checkbox"/> Toothache وجع الاسنان	<input type="checkbox"/> Earache وجع الأذن
<input type="checkbox"/> Wound جرح	<input type="checkbox"/> Cough سعال	<input type="checkbox"/> Sinus pressure ضغط الجيوب الأنفية	<input type="checkbox"/> Sore throat التهاب الحلق	<input type="checkbox"/> Fever حمى <input type="checkbox"/> Less than a day أقل من يوم واحد <input type="checkbox"/> 1-2 days واحد إلى يومين <input type="checkbox"/> Greater than 2 days أكثر من يومين
<input type="checkbox"/> Nausea and/or vomiting الغثيان أو القيء	<input type="checkbox"/> Heartburn حرقة في المعدة	<input type="checkbox"/> Constipation الإمساك	<input type="checkbox"/> Diarrhea إسهال	<input type="checkbox"/> Hemorrhoids بواسير
<input type="checkbox"/> Menstrual cramps or pain تشنجات الحيض أو ألم	<input type="checkbox"/> Vaginal yeast infection عدوى الخميرة المهبلية	<input type="checkbox"/> Allergic reaction – skin rash or swelling الحساسية - طفح جلدي أو انتفاخ	<input type="checkbox"/> Skin rash الطفح الجلدي	<input type="checkbox"/> Warts الثآليل
<input type="checkbox"/> Cold sore القرحة الباردة	<input type="checkbox"/> Eye itchiness/soreness حكة العين أو وجع	<input type="checkbox"/> Shortness of breath ضيق تنفس	<input type="checkbox"/> Burn حرق	<input type="checkbox"/> Sprain التواء

يرجى الإشارة أين تكمن المشكلة. **Please indicate the location of the health issues/concerns on the diagram.** الصحية على الرسم البياني .



بدأت المشكلة: **The problem started:**

<input type="checkbox"/> Less than a day أقل من يوم واحد	<input type="checkbox"/> 1-2 days : 2-1 أيام	<input type="checkbox"/> Longer than 2 days أكثر من يومين
--	--	---

الشخص التي يتطلب العلاج / المساعدة: **The person requiring medication/assistance:**

<input type="checkbox"/> Has discussed issue(s) with physician ناقش المشكلة مع الطبيب	<input type="checkbox"/> Has not yet discussed issue(s) to physician لم يناقش مشكلة مع الطبيب
---	---

Thank you for the information you provided. شكرا لك على المعلومات التي قدمتها.

You will receive a medication today for the reasons stated above سوف تحصل على الدواء اليوم للأسباب المذكورة أعلاه:

<input type="checkbox"/> For oral use للاستخدام عن طريق الفم	<input type="checkbox"/> To apply on skin يوضع على الجلد
<input type="checkbox"/> For spraying in the nose للرش في الأنف	<input type="checkbox"/> For inhalation للاستنشاق
<input type="checkbox"/> A drop in the eye قطرة في العين	<input type="checkbox"/> A drop in the ear قطرة في الأذن
<input type="checkbox"/> To be inserted rectally يتم اخذ الدواء في الشرج	<input type="checkbox"/> To be inserted vaginally يتم وضع الدواء في المهبل
<input type="checkbox"/> For subcutaneous injection للحقن تحت الجلد	<input type="checkbox"/> For injection by doctor يتم اخذ الحقنة من قبل الطبيب
<input type="checkbox"/> To use as a shampoo لاستخدام مثل الشامبو	

Instructions on how to take the medication: إرشادات حول كيفية تناول الدواء الخاص بك

<input type="checkbox"/> Take this medication regularly as instructed below خذ هذا الدواء بانتظام وفقا للتعليمات أدناه	<input type="checkbox"/> Take this medication only as needed خذ هذا الدواء فقط عند الحاجة
<input type="checkbox"/> Take _____ tablet/capsule _____ times a day مرات في اليوم	
<input type="checkbox"/> Take/give _____ mL _____ times a day مرات في اليوم	
<input type="checkbox"/> Apply to affected area(s) ضع على المنطقة المصابة _____ times a day مرات في اليوم	
<input type="checkbox"/> Spray _____ sprays into affected nostril(s) رذاذ الى الانف _____ times a day مرات في اليوم	
<input type="checkbox"/> Inhale _____ puffs نفث _____ times a day مرات في اليوم	
<input type="checkbox"/> Instill _____ drops into affected eye(s) قطرات في العين المصابة _____ times a day مرات في اليوم	
<input type="checkbox"/> Insert into rectum ضعه في الشرج _____ times a day مرات في اليوم	
<input type="checkbox"/> Insert into vagina ضعيه في المهبل _____ times a day/weekly مرات في اليوم /أسبوعي	
<input type="checkbox"/> Inject _____ units subcutaneously احقن _____ daily يوميا	
<input type="checkbox"/> Take this injection to your doctor's office. خذ هذه الحقنة الى عيادة الطبيب.	
<input type="checkbox"/> Apply medication to scalp and lather hair like a shampoo ضع الدواء لفروة الرأس مثل الشامبو _____ times a day. مرات في اليوم.	

Additional instructions: إرشادات إضافية

<input type="checkbox"/> Take in morning خذ في الصباح	<input type="checkbox"/> Take at bedtime تأخذ في وقت النوم
<input type="checkbox"/> Take with food تأخذ مع الغذاء	<input type="checkbox"/> Take with food. If you skip a meal, do not take this medication. تأخذ مع الغذاء. إذا كنت قد نسيت تناول الطعام ، لا تأخذ هذا الدواء.
<input type="checkbox"/> Take with a full glass of water تأخذ مع كوب كامل من الماء	<input type="checkbox"/> Take on an empty stomach. Do not eat within 2 hours of this medication خذ على الريق. لا تأكل في غضون 2 ساعة من هذا الدواء
<input type="checkbox"/> May cause drowsiness قد تسبب النعاس أو الدوار	<input type="checkbox"/> May discolour your urine or feces البول أو البراز قد تبدو بلون مختلف
<input type="checkbox"/> Avoid using alcohol with this medication تجنب استخدام الكحول مع هذا الدواء	<input type="checkbox"/> Avoid taking with calcium, iron, or multivitamins within two hours of medication. تجنب أخذه مع الكالسيوم ، والحديد ، أو الفيتامينات المتعددة في غضون ساعتين من الدواء
<input type="checkbox"/> Shake well before use رج جيدا قبل الاستخدام	<input type="checkbox"/> Take/use at same time each day تأخذ في نفس الوقت كل يوم
<input type="checkbox"/> Store at room temperature يخزن في درجة حرارة الغرفة	<input type="checkbox"/> Store in refrigerator يخزن في الثلاجة
<input type="checkbox"/> Take this medication only as needed خذ هذا الدواء فقط عند الحاجة	

Adapted from document published by International Pharmaceutical Federation.

Created by Anan Ahmed, BSP, MSc candidate and Kelsey Dumont, BSP, ACPR; 2016.

يرجى الاتصال بالصيدلية إذا كان لديك أسئلة و / أو مخاوف إضافية
Please contact the pharmacy if you have additional questions and/or concerns.