

# جواز سفري المتعلق بالسكري

إسمي:

الهاتف:

خذ معك جواز السفر هذا الى كل موعد  
واستخدمه مع كل فريق رعاية صحية  
ليساعدك في السيطرة على مرض  
السكري.

**Stand up** to Diabetes

## فريقي الخاص برعاية السكري

|                               |        |
|-------------------------------|--------|
| طبيب العائلة:                 | الهاتف |
| الممرضة الممارسة:             | الهاتف |
| الأخصائي:                     | الهاتف |
| الأخصائي:                     | الهاتف |
| برنامج التعليم الخاص بالسكري: | الهاتف |
| الممرضة:                      | الهاتف |
| أخصائي التغذية:               | الهاتف |
| أخصائي العيون/فني العيون:     | الهاتف |
| الصيدلية:                     | الهاتف |
| غير ذلك:                      | الهاتف |
| غير ذلك:                      | الهاتف |



## فحوصاتي الخاصة بالسكري

| مرة في السنة | كل 1-2 سنوات              | كلما دعت الحاجة | كل موعد سكري | مرة في السنة        | مرة في السنة                       | كل 1-3 سنوات   | مرة في السنة                  | كل 3-6 أشهر             | كم مرة <sup>†</sup>           |
|--------------|---------------------------|-----------------|--------------|---------------------|------------------------------------|--|-------------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| فحص القدم    | فحص شبكة العين<br>(مخففة) | الوزن           | ضغط الدم     | إختبار وظيفة الكلية |                                    | نسبة TC/HDL-C Ratio<br>(قياس مخاطر منطقة القلب والأوعية الدموية) | LDL-C (الكوليسترول غير الجيد) | A1C (فحص السكر في الدم) | التاريخ                       |
|              |                           |                 |              | eGFR                | ACR                                |  |                               |                         |                               |
|              |                           |                 |              |                     |                                    |  |                               |                         |                               |
|              |                           |                 |              |                     |                                    |  |                               |                         |                               |
|              |                           |                 |              |                     |                                    |  |                               |                         |                               |
|              |                           |                 |              |                     |                                    |  |                               |                         |                               |
|              |                           |                 |              |                     |                                    |  |                               |                         |                               |
|              |                           |                 |              |                     |                                    |  |                               |                         |                               |
|              |                           |                 |              |                     |                                    |  |                               |                         |                               |
|              |                           |                 |              |                     |                                    |  |                               |                         |                               |
|              |                           |                 |              |                     |                                    |  |                               |                         |                               |
| -            | -                         | -               | <130/80 mmHg | >60 mL/min          | M: <2.0 mg/mmol<br>F: <2.0 mg/mmol | <4.0   | ≤2.0 mmol/L                   | ≤7.0%                   | المستوى المستهدف <sup>‡</sup> |
|              |                           |                 |              |                     |                                    |  |                               |                         | هدفي                          |
|              |                           |                 |              |                     |                                    |  |                               |                         | التاريخ                       |
|              |                           |                 |              |                     |                                    |  |                               |                         | هدفي                          |
|              |                           |                 |              |                     |                                    |  |                               |                         | التاريخ                       |
|              |                           |                 |              |                     |                                    |  |                               |                         | هدفي                          |
|              |                           |                 |              |                     |                                    |  |                               |                         | التاريخ                       |

> : أقل من أو مساوي إلى < : أقل من < : أكثر من

<sup>†</sup> يتكرر أكثر إذا دعت الحاجة بالتشاور مع الطبيب  
<sup>‡</sup> مزيد من المعلومات، يرجى مراجعة المبادئ التوجيهية للممارسات السريرية لجمعية السكري الكندية لعام 2013



## الدواء الذي لا يحتاج الى وصفة طبيب

| الدواء | الحالة التي تم أخذ الدواء من أجلها | الجرعة / عدد المرات |
|--------|------------------------------------|---------------------|
|        |                                    |                     |
|        |                                    |                     |
|        |                                    |                     |
|        |                                    |                     |
|        |                                    |                     |
|        |                                    |                     |
|        |                                    |                     |
|        |                                    |                     |
|        |                                    |                     |

## الحساسيات لدي من الدواء

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

## لمزيد من المعلومات

قم بزيارة الموقع الإلكتروني واجه مرض السكري  
ontario.ca/diabetes لتنزيل ”جواز سفري الخاص بالسكري  
”My Diabetes Passport“ بعدة لغات-

وستجد في هذا الموقع الإلكتروني حقيبة معلومات ”أنت والسكري  
'Diabetes and You' والذي يتضمن معلومات بسيطة وواضحة تساعدك  
على تعلم السيطرة على السكري.

ويمكن أن تساعدك الموارد التالية على البقاء بوضع صحي والسيطرة  
على السكري لديك:

واجه السكري  
**ontario.ca/diabetes**

EatRight Ontario  
**eatrightontario.ca**  
1-877-510-510-2

Telehealth Ontario  
1-866-797-0000

جمعية السكري الكندية  
**diabetes.ca**

دليل الغذاء الكندي  
**hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-eng.php**

معلومات حول ملصقات الغذاء  
**healthyeatingisinstore.ca**

# هدفي

هدفي:

التاريخ المستهدف

الصعوبات التي يمكن مواجهتها لتحقيق هذا الهدف

خطتي في التغلب على الصعوبات (الموارد/ الأشخاص الذين يمكنهم مساعدتي)

الثقة في تحقيق هدفي:





# هدفي

هدفي:

التاريخ المستهدف

الصعوبات التي يمكن مواجهتها لتحقيق هذا الهدف

خطتي في التغلب على الصعوبات (الموارد/ الأشخاص الذين يمكنهم مساعدتي)

الثقة في تحقيق هدفي:

