|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| This medical questionnaire constitutes the basis of the decision of the company to contract with me or to refrain thereof. It also constitutes the basis of the terms, conditions and exclusions of the policy. Any concealment or misstatement may void the policy pursuant to section 982 of the code of obligations.  تشكل إستمارة التأمين هذه أساساً لقرار الشركة القاضي بالتعاقد معي أو عدمه فضلاً عن تحديد أحكام العقد وشروطه واستثناءاته. لذلك فإن أي تكتم أو تصريح كاذب من شأنه إبطال عقد التأمين الذي قد توافق الشركة على إبرامه معي وذلك عملاً بأحكام المادة 982 من قانون الموجبات والعقود اللبناني. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fathers' full name: | ……………………………………………......... | | | | | | | | Mother's full name: | | | | | | ……………………………………………......... | | | | |
| اسم الأب |  | | | | | | | | اسم الأم | | | | | |  | | | | |
| New Born full name: | ……………………………………………......... | | | | | | | | Insured ID (when available): | | | | | | ……………………………………………......... | | | | |
| أسم الطفل |  | | | | | | | | رقم المؤمن | | | | | |  | | | | |
| **Pregnancy and delivery / الحمل والولادة** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| General Info / معلومات عامة | | | | | Pregnancy Info / معلومات عن الحمل | | | | | | | | | | | | | | |
| Mother’s Age / عمر الأم | | | |  | Anemia / فقر دم | | | | | Drugs / أدوية | | | | | | Smoking / تدخين | | | |
| Parity / عدد ولاداتها | | | |  | Accidents / حوادث | | | | | Alcohol / كحول | | | | | | Bleeding / نزيف | | | |
| Mother’s blood group / فئة دم الأم | | | |  | Diabetes / سكري | | | | | Hypertension / ضغط دم | | | | | | Oedema / وذمة | | | |
| Father’s blood group / فئة دم الأب | | | |  | Others / مشاكل أخرى | | | | | Eclampsia / أرتجاج حملي | | | | | | Proteinuria / بيلات بروتينية | | | |
| New Born blood group / فئة دم المولود | | | |  | Gestational age / عدد اسابيع الحمل | | | | | |  | | | Type of Delivery / طريقة الولادة | | | |  | |
| Details / تفاصيل ………………………………………………………………………………………………………………….……………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Condition at birth / وضع الطفل عند الولادة** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Length / الطول | |  | | | | Weight / الوزن | | | | |  | | Head Diameter / محيط الرأس | | | | |  | |
| Apgar 1 min / فحص أبغار الدقيقة الألى | |  | | | | Apgar 5 min / فحص أبغار الدقيقة الخامسة | | | | |  | | CPR / الحاجة للإنعاش | | | | |  | |
| **Neonatal Examination / الفحص العام للوليد** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Test name / اسم الفحص | | | | | | | Yes / نعم | No / لا |  | | | Test name / اسم الفحص | | | | | Yes / نعم | | No / لا |
| Femoral pulses / نبض فخذي طبيعي | | | | | | |  |  |  | | | Jaundice / يرفان | | | | |  | |  |
| Normal tone / توتر طبيعي | | | | | | |  |  |  | | | Dyspnea / صعوبة في التنفس | | | | |  | |  |
| Normal movements / تحرك طبيعي | | | | | | |  |  |  | | | Cyanosis / ازرقاق | | | | |  | |  |
| Reaction to sound / ردة فعل للأصوات | | | | | | |  |  |  | | | Heart murmur / نفخة قلبية | | | | |  | |  |
| Normal eyes / حالة العين طبيعية | | | | | | |  |  |  | | | Hepatomegaly / تضخم كبدي | | | | |  | |  |
| Red reflex / الانعكاس الأحمر للعين | | | | | | |  |  |  | | | Splenomegaly / تضخم في التحال | | | | |  | |  |
| Normal external genitalia / الاعضاء التناسلية ظاهرة | | | | | | |  |  |  | | | Hernia / فتاق | | | | |  | |  |
| Normal umbilicus / السرة طبيعية | | | | | | |  |  |  | | | Hydrocele / أدرة | | | | |  | |  |
| Normal hips / أوراك طبيعية | | | | | | |  |  |  | | | Others / مختلف | | | | |  | |  |
| Details / تفاصيل ………………………………………………………………………………………………………………….……………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Attending Physician / الطبيب المسؤول** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name of the attending Physician: | | | …………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | |
| اسم الطبيب المسؤول | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I, the undersigned, certify that the information provided here above is correct, complete and true and has been provided based upon the Parents request.  انا الموقع أدناه، أفيد و أصرح أن المعلومات الواردة أعلاه هي صحيحة، دقيقة و كاملة و قد أعطيت بناءا" و على أساس طلب الاهل. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date, Stamp and Signature  التاريخ، الختم والتوقيع | | | | | | | | | UWM.FR22/03P-IF, July 2012 | | | | | | | | | | |