

## Merci de compléter ce formulaire

## الستبيان هذا ملء عيرجى

Je comprends le français  وأنا أفهم الفرنسية  Je comprends l'anglais  الإنجليزية اللغة أفهمانا  Je ne parle que l'arabe  العربية اللغة أفهم

Je veux un médicament pour mon usage  لنفسيدواءأريد  Je veux un médicament pour quelqu'un d'autre  آخر لشخصدواءأريد   
Je suis enceinte  حاملأنا  Je ne suis pas enceinte  حامللستأنا

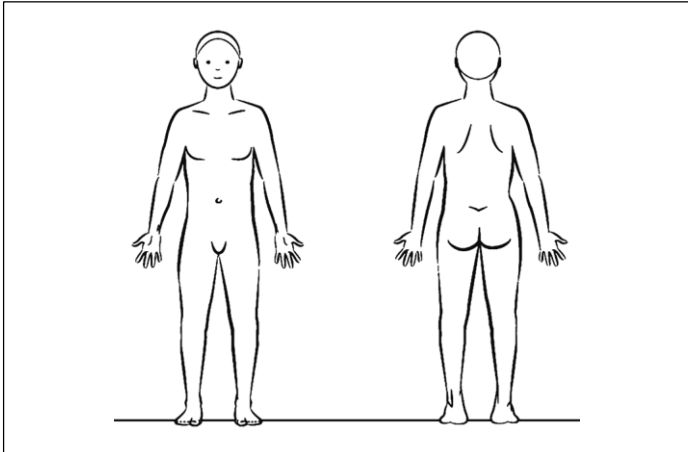
J'ai une maladie chronique :  مزمنمرضلدي   
Diabète  السكرمرض  Maladie des paumons  الرنتممرض  Maladie cardiaque  القلبمرض  Hypertension  ارتفاع ضغط الدم   
Maladie stomacale  المعدةمرض  Maladie rénale  الكلىمرض  Allergie  الحساسية  Epilepsie  الصرع

Je fume régulièrement  أأدخن بانتظامأنا  Je ne fume pas  أدخنلأنا

Je prends régulièrement des médicaments. Merci de les amener avec vous à la pharmacie  بانتظامالدواءأتناول. الصيدليةإلى إحضار هنرجو   
Je ne prends des médicaments qu'occasionnellement  نادرالدواءأتناول

J'ai le problème suivant, pour lequel je souhaiterai un médicament :  لدي شكوى وأرغب في دواء

Pain <input type="checkbox"/> ألم <input type="checkbox"/>	Mal aux dents <input type="checkbox"/> أسنانوجع <input type="checkbox"/>	Céphalée <input type="checkbox"/> صداع <input type="checkbox"/>	Mal de dos <input type="checkbox"/> الظهرألم <input type="checkbox"/>	Douleur au ventre <input type="checkbox"/> المعدةألم <input type="checkbox"/>
Allergie <input type="checkbox"/> حساسية <input type="checkbox"/>	Démangeaisons <input type="checkbox"/> الحكة <input type="checkbox"/>	Cold <input type="checkbox"/> زكام <input type="checkbox"/>	Plaie <input type="checkbox"/> جرح <input type="checkbox"/>	Mal aux oreilles <input type="checkbox"/> الأذنوجع <input type="checkbox"/>
Toux sèche <input type="checkbox"/> سعال <input type="checkbox"/>	Mal de gorge <input type="checkbox"/> الحلقفيا التهاب <input type="checkbox"/>	Maladie cutanée <input type="checkbox"/> جلديمرض <input type="checkbox"/>	Troubles de déglutition <input type="checkbox"/> البلعفيصعوبة <input type="checkbox"/>	
Nausée <input type="checkbox"/> غثيان <input type="checkbox"/>	Vomissements <input type="checkbox"/> قيء <input type="checkbox"/>	Constipation <input type="checkbox"/> إمساك <input type="checkbox"/>	Diarrhée <input type="checkbox"/> إسهال <input type="checkbox"/>	Brûlures d'estomac <input type="checkbox"/> حرقة <input type="checkbox"/>
Douleurs menstruelles / crampes <input type="checkbox"/> الحيضتشنجات <input type="checkbox"/>			Troubles du sommeil <input type="checkbox"/> أرق <input type="checkbox"/>	Maladie oculaire <input type="checkbox"/> العينأمراض <input type="checkbox"/>



Merci d'indiquer où vous avez ce problème  
شكواكمكانوصفيري

**Ce problème a commencé il y a :** بدأت المشكلة

Moins d'un jour <input type="checkbox"/> أقل من يوم واحد <input type="checkbox"/>	1-2 jours <input type="checkbox"/> من يوم واحد إلى يومين <input type="checkbox"/>	Plus de deux jours <input type="checkbox"/> أكثر من يومين <input type="checkbox"/>
Je n'ai pas de fièvre <input type="checkbox"/> ليس لدي أي حمى <input type="checkbox"/>	J'ai une fièvre légère <input type="checkbox"/> طفيفة حمى لدي <input type="checkbox"/>	J'ai une forte fièvre <input type="checkbox"/> الحرارةدرجةفياارتفاعلدي <input type="checkbox"/>

J'ai déjà discuté de ces problèmes avec un médecin  لقد سبق لي وان كلمت الطبيب علي مشاكلي

Je n'ai pas encore discuté de ces problèmes avec un médecin  الطبيبعندئذيتكوى بعد أتقدملم

Merci de mesurer ma pression artérielle  يرجى قياس ضغط الدم

J'ai besoin de préservatifs  أحتاج الواقي الذكري

**صيدليتنا الزياره لكمشكرا** **Merci de votre visite dans notre pharmacie**  
 و عنوان الصيدلية اسم Nom et adresse de la pharmacie

لقد طلبنا لك الدواء غدا لتأخذه. Nous avons commandé le médicament pour vous. Venez le chercher demain.

الدواء قدم لك مجانا. Le médicament ne vous coûte rien.

€ .....كم دفعت لشراء هذا الدواء € ..... Le médicament coûte

ننصحك بزيارة الطبيب. Nous vous conseillons d'aller chez un médecin.

قم بزيارة الطبيب اذا لم تشفى بعد يومين. Aller chez un médecin si les symptômes ne s'améliorent pas dans les deux jours.


عنوان الطبيب المجاور لك : Adresse du docteur dans le voisinage :

التاريخ Date ..... اسم الطبيب ..... Nom du médicament

**سوف تتلقى الدواء** **Vous allez recevoir un médicament**

<input type="checkbox"/> عن طريق الفم	<input type="checkbox"/> Pour un usage par voie orale	<input type="checkbox"/> أن يطبق على الجلد	<input type="checkbox"/> À appliquer sur la peau
<input type="checkbox"/> من الانف	<input type="checkbox"/> Pour une pulvérisation nasale	<input type="checkbox"/> للاستنشاق	<input type="checkbox"/> Pour inhalation
<input type="checkbox"/> عن طريق العين	<input type="checkbox"/> Une goutte dans l'œil	<input type="checkbox"/> في الأذن	<input type="checkbox"/> Une goutte dans l'oreille
<input type="checkbox"/> عن طريق الشرج	<input type="checkbox"/> À insérer dans le rectum	<input type="checkbox"/> للحقن مع الطبيب	<input type="checkbox"/> Pour une injection par un médecin

**تطبيقه / تأخذه كيف** **Comment le prendre / l'appliquer**

	<input type="checkbox"/> مرة في اليوم	<input type="checkbox"/> Une fois par jour	<input type="checkbox"/> مرتين في اليوم	<input type="checkbox"/> Deux fois par jour	
	<input type="checkbox"/> 3 مرات باليوم	<input type="checkbox"/> Trois fois par jour	<input type="checkbox"/> عند الحاجة	<input type="checkbox"/> Au besoin	
	<input type="checkbox"/> صباحا	<input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> Midi	
	<input type="checkbox"/> حبة	<input type="checkbox"/> Une dose	<input type="checkbox"/> قرصان	<input type="checkbox"/> Deux doses	
<input type="checkbox"/> 30 دقيقة قبل الاكل	<input type="checkbox"/> 30 minutes avant le repas	<input type="checkbox"/> 2 ساعة بعد الاكل	<input type="checkbox"/> Deux heures après le repas	<input type="checkbox"/> قبل فطور الصباح	<input type="checkbox"/> Le matin avant le petit déjeuner
<input type="checkbox"/> وسط الاكل	<input type="checkbox"/> Pendant le repas	<input type="checkbox"/> ياخذ بكاس من الماء			<input type="checkbox"/> À prendre avec un grand verre d'eau
<input type="checkbox"/> اسال الصيدلي عن طريقة شرب هذا الدواء					<input type="checkbox"/> Merci de prêter attention à la démonstration faite à la pharmacie sur la prise du médicament
<input type="checkbox"/> يحفظ في التلاجة					<input type="checkbox"/> Merci de garder ce médicament dans un endroit frais
<input type="checkbox"/> يحفظ بعيدا عن الاطفال					<input type="checkbox"/> Garder ces médicaments hors de la portée des enfants