

## Background Section

متى بدأت الأعراض في الظهور؟

| السنة                             | اليوم                | الشهر                | رجاء الاختيار |
|-----------------------------------|----------------------|----------------------|---------------|
| <input type="text" value="2020"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |               |

هل لا زلت تشعر بالأعراض؟

- 
- 

نعم

لا

## Recovered - Total Days

لمدة كم من الأيام شعرت بالأعراض؟



مشاكل جلدية فيروسية (العقولة الباردة، الحلا، تأليل، مليساء)

الخرف

الصرع

الشقيقة

تصلب جانبي ضموري

الشلل الارتعاشي

تصلب متعدد

اعتلال الأعصاب المحيطية

أمراض الأوعية القلبية

قصور القلب

ارتفاع ضغط الدم

انخفاض ضغط الدم

سوابق تخثرات (جلطات)

سوابق لسكتات دماغية

ارتفاع نسبة الكوليسترول \ فرط (ارتفاع) الشحوم

تدلي الصمام التاجي

فقر الدم

التوحد

مرض الروماتيزم/ مرض المناعة الذاتي

السرطان بجميع أنواعه

مرض كلوي مزمن

السكري من النوع الأول

السكري من النوع الثاني

متلازمة إهلرز-دانلوس

انتباز بطانة الرحم

ألم عضلي ليفي

نقص الغلوبولين المناعي أ

إلتهاب المثانة الخلالي (متلازمة المثانة المؤلمة)

إلتهاب كبدي بكل انواعه

فيروس العوز المناعي البشري

متلازمة تنشيط الخلايا الصارية

متلازمة التعب المزمن

السمنة

متلازمة تسارع معدل ضربات القلب الانتصابي

عدوى بكتيرية متكررة

عدوى فيروسية متكررة

متلازمة تملل الساقين

خلل المفصل الصدغي الفكي

دوار

قصر أو طول النظر

نقص فيتامين د

لا شيء مما سبق

رجاء أذكر أي مشاكل أو أمراض أخرى موجودة سلفا غير المذكورة. في حالة وجود أكثر من بند، ضع فاصلة بينهم. لا داعي لشرح الحالة بالتفصيل حيث أن إسم التشخيص كاف.

هل حدث أي تغيير في هذه المشاكل الموجودة سلفا خلال فترة الإصابة بكوفيد-19؟

  
  
  
  


نعم، ساءت الحالة

نعم، تحسنت الحالة

بعض المشاكل تحسنت حالتها وبعضها لم يتغير والبعض الآخر ساء (رجاء أضف شرحا في خانة الكتابة في الصفحة القادمة)

لا، لم يتغير شيء

غير قابل للتطبيق (لم يوجد لدي مشاكل موجودة سلفا)

في حالة ساءت حالة بعض المشاكل الموجودة سلفا، رجاء إشرح هنا (إختياري)

في حالة تحسنت حالة بعض المشاكل الموجودة سلفا، رجاء إشرح هنا (إختياري)

ما هي فصيلة دمك؟