



اسم المريض:

اسم اختصاصي الرعاية الصحية:

كيف تتعامل مع

- أنا أعاني حقاً مع هذا
- يمكن أن أكون أفضل مع هذا
- أقوم بعمل جيد مع هذا
- أود التحدث عن هذا اليوم



أنا أخذ/أتناول هذا بحسب التوصيات

الوقت: من : من ش ش

التاريخ:

ي ي / ش ش / س س س س



أنا لا أخذ/أتناول هذا على الإطلاق

- أنا أعاني حقاً مع هذا
- يمكن أن أكون أفضل مع هذا
- أقوم بعمل جيد مع هذا
- أود التحدث عن هذا اليوم



أنا أخذ/أتناول هذا بحسب التوصيات

الوقت: من : من ش ش

التاريخ:

ي ي / ش ش / س س س س



أنا لا أخذ/أتناول هذا على الإطلاق

- أنا أعاني حقاً مع هذا
- يمكن أن أكون أفضل مع هذا
- أقوم بعمل جيد مع هذا
- أود التحدث عن هذا اليوم



أنا أخذ/أتناول هذا بحسب التوصيات

الوقت: من : من ش ش

التاريخ:

ي ي / ش ش / س س س س



أنا لا أخذ/أتناول هذا على الإطلاق

طوّرت اللجنة التوجيهية لدى CF CARE هذا النموذج كجزء من برنامج CF CARE.

تُموّل شركة Vertex Pharmaceuticals برنامج CF CARE بالكامل. أعدت اللجنة التوجيهية المحتوى وطوّرت به بدعم لوجستي وتحرييري من أمانة برنامج ApotheCom، CF CARE. وقد أتيحت لشركة Vertex فرصة مراجعة المحتوى والأدوات للتأكد من دقتها. لا تتمتع شركة Vertex Pharmaceuticals بأي صلاحية وصول إلى معلوماتك الشخصية.

INT-20-2100020 | تاريخ الإعداد: مارس 2021

يرجى الاحتفاظ بهذا المستند وإبلاغ مريضك بالاتصال بأحد أعضاء فريق الرعاية الصحية الخاص بالتثقيف الكيسي بخصوص أي أسئلة قد تكون لديه نتيجة لهذا التمرين.