

استمارة معلومات لمشروع الجينوم الوطنى

البيانات الشخصية

الاسم الجنس ذكر أنثى

الرقم الشخصى تاريخ الميلاد العمر

الوظيفة الجنسية الوزن الطول

الحالة الاجتماعية أعزب متزوج أرمل/مطلق لديك أطفال؟ نعم لا

العرق عربى أفريقى فارسى أوروبى/قوقازى
 بلدان البحر الأبيض المتوسط آسيوى (يرجى التحديد)
 أخرى (يرجى التحديد)

الأمراض و العادات الصحية

هل تعاني من أي من الأمراض التالية:

ضغط الدم السكرى أمراض القلب أمراض المناعة الربو/أمراض تنفسية
 السمنة جلطة دماغية فقر الدم المنجلي مشاكل الغدة الدرقية
 السرطان أمراض أخرى (يرجى التحديد) لا أعاني من أمراض مزمنة

هل انت مدخن؟ نعم لا

هل تتناول مشروبات كحولية؟ نعم لا

هل ترتدي نظارات طبية؟ نعم لا

هل تمارس الرياضة بانتظام؟ نعم لا