

# في الحالات الطارئة

## كتيب حمل وامش

### تفاصيلك

<input type="text"/>	الاسم
<input type="text"/>	العنوان
<input type="text"/> رقم المنطقة البريدي <input type="text"/>	
<input type="text"/> الموبايل	<input type="text"/> المنزل
	<input type="text"/> العمل
<input type="text"/>	البريد الإلكتروني

### معلومات عن خدمات الطوارئ ومقاطعة العاصمة الأسترالية

000	الشرطة أو سريّة الإطفاء أو الإسعاف
131 444	خط مساعدة الشرطة
132 500	SES (خدمات الطوارئ الحكومية)
1800 333 000	Crimestoppers (للإبلاغ عن الجرائم)
131 450	خدمة الترجمة الخطية والشفهية
132 281	Canberra Connect (رقم الاتصال بالأجهزة الحكومية)
1800 022 222	healthdirect Australia (الخدمة الصحية المباشرة في أستراليا)

## محتويات حقيبتك الخاصة بالطوارئ

للتأكد من أنك مستعد في حال وقوع طارئ، من المهم أن تعد حقيبة بالأشياء الضرورية.

### ماذا تضع في حقيبتك

يجب أن تفكر بإمكانية وضع ما يلي:

- |                          |                                   |                          |                                     |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | جهاز راديو يعمل بالبطارية         | <input type="checkbox"/> | ملابس إضافية                        |
| <input type="checkbox"/> | مصباح يعمل بالبطارية              | <input type="checkbox"/> | بطانية صوفية                        |
| <input type="checkbox"/> | بطاريات احتياطية للمصباح والراديو | <input type="checkbox"/> | علبة إسعافات أولية                  |
| <input type="checkbox"/> | مبلغ صغير من المال                | <input type="checkbox"/> | شموع ووعيدان كبريت مقاومة للماء     |
| <input type="checkbox"/> |                                   | <input type="checkbox"/> | وجبات خفيفة تدوم طويلاً وماء        |
| <input type="checkbox"/> |                                   | <input type="checkbox"/> | مفاتيح احتياطية للمنزل و/أو السيارة |
| <input type="checkbox"/> |                                   | <input type="checkbox"/> | لائحة جهات الاتصال الهامة           |

### أين تحتفظ بالحقيبة؟

اكتب في أي مكان بمنزلك ستحتفظ بحقيبتك


### ما الذي تحتاج لإضافته لحقيبتك إذا اضطرت للإخلاء؟

إذا اضطرت لإخلاء منزلك بسبب حالة طارئة فقد تحتاج لإضافة ما يلي إلى رزمتك:

- |                          |                                  |                          |                              |
|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | الأدوية                          | <input type="checkbox"/> | الصور أو قرص يشتمل على الصور |
| <input type="checkbox"/> | الوصفات الطبيّة                  | <input type="checkbox"/> | دليل/خريطة الشوارع           |
| <input type="checkbox"/> | سجل أدويةك                       | <input type="checkbox"/> | هاتف موبايل                  |
| <input type="checkbox"/> | الأوراق أو المستندات الهامة مثل: | <input type="checkbox"/> | جهاز شحن هاتف موبايل         |
| <input type="checkbox"/> | بوليصة التأمين                   | <input type="checkbox"/> | رخصة القيادة                 |
| <input type="checkbox"/> | جواز السفر                       | <input type="checkbox"/> | نظارات القراءة               |

## خطتك للإخلاء في الحالات الطارئة

أعد خطة عمل لمغادرة منزلك خلال وقوع حالة طارئة. فكر بالأمر التالية:

- هل حقيبتك الخاصة بالحالات الطارئة جاهزة للاستخدام في أي وقت؟
- هل بطاقات أديوتك وجهات الاتصال الخاصة بك حديثة؟
- ما هي الضروريات الأخرى التي تحتاج لأخذها معك عند مغادرتك؟
- هل أخبرت جيرانك بما الذي تفعله؟
- إذا كانت لديك حيوانات منزلية، ما هي الترتيبات التي سيتم اتخاذها بشأنها؟

### قبل أن تغادر (إذا كان لديك وقت)

أطفئ نقاط إمداد الغاز والكهرباء والماء، أو أخبر شخصاً بمكان وجودها للقيام بذلك.

عَدّاد الغاز	المكان
نقاط مأخذ الكهرباء الرئيسيّة	المكان
عَدّاد المياه	المكان

### إلى أين ستذهب؟

الخيار 1	
الخيار 2	
كيف ستذهب إلى هناك؟	
من يستطيع مساعدتك؟	الهاتف: _____
من الذي تحتاج لإخباره أيضاً إذا كنت ستغادر منزلك؟	
الاسم	الهاتف: _____
هل هناك أية التزامات ضرورية/دورية يجب أن يقوم بها شخص آخر بالنيابة عنك؟	


# جهات للاتصال بها في الحالات الطارئة جيرانك

1 الاسم			
العنوان			
رقم المنطقة البريدي			
العمل	الموبايل	المنزل	

2 الاسم			
العنوان			
رقم المنطقة البريدي			
العمل	الموبايل	المنزل	

3 الاسم			
العنوان			
رقم المنطقة البريدي			
العمل	الموبايل	المنزل	

4 الاسم			
العنوان			
رقم المنطقة البريدي			
العمل	الموبايل	المنزل	

5 الاسم			
العنوان			
رقم المنطقة البريدي			
العمل	الموبايل	المنزل	

# جهات للاتصال بها في الحالات الطارئة أفراد عائلتك وأصدقائك

1 الاسم			
الصلة			
العنوان			
رقم المنطقة البريدي			
العمل	الموبايل	المنزل	

2 الاسم			
الصلة			
العنوان			
رقم المنطقة البريدي			
العمل	الموبايل	المنزل	

3 الاسم			
الصلة			
العنوان			
رقم المنطقة البريدي			
العمل	الموبايل	المنزل	

4 الاسم			
الصلة			
العنوان			
رقم المنطقة البريدي			
العمل	الموبايل	المنزل	

## معلوماتك الطبية

الشخص 1	
<input type="text"/>	الاسم
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	تاريخ الميلاد
<input type="text"/>	فئة الدم
<input type="text"/>	الحساسيات الطبيّة
<input type="text"/>	الطبيب
<input type="text"/>	الهاتف
<input type="text"/>	طبيب الأسنان
<input type="text"/>	الهاتف
<input type="text"/>	الصيدلية
<input type="text"/>	الهاتف
<input type="checkbox"/>	نظارات/عدسات لاصقة؟
<input type="checkbox"/>	أسنان صناعية؟
<input type="checkbox"/>	مصاب بالسكّري؟
<input type="checkbox"/>	مصاب بداء الصرّع؟
<input type="text"/>	الحالة الطبيّة
<input type="text"/>	الدواء
<input type="text"/>	الجرعة
<input type="text"/>	الحالة الطبيّة
<input type="text"/>	الدواء
<input type="text"/>	الجرعة
<input type="text"/>	الحالة الطبيّة
<input type="text"/>	الدواء
<input type="text"/>	الجرعة
<input type="text"/>	الحالة الطبيّة
<input type="text"/>	الدواء
<input type="text"/>	الجرعة
<input type="text"/>	الحالة الطبيّة
<input type="text"/>	الدواء
<input type="text"/>	الجرعة

## جهات اتصال أخرى

وكالات تزويد الخدمات		
<input type="text"/>	الهاتف	الكهرباء
<input type="text"/>	الهاتف	الغاز الطبيعي
131 193	الهاتف	المياه/ الصرف الصحي
132 281	الهاتف	مياه الأمطار
ActewAGL للطوارئ الخاصة بالمياه والمياه العادمة دائرة خدمات المقاطعة والبلدية في مقاطعة العاصمة الأسترالية		
الحرفيون		
<input type="text"/>	الهاتف	السبّاك
<input type="text"/>	الموبايل	الهاتف
<input type="text"/>	الهاتف	الكهربائي
<input type="text"/>	الموبايل	الهاتف
التأمين		
<input type="text"/>	الهاتف	المنزل والمحتويات
<input type="text"/>	الفاكس	الهاتف
<input type="text"/>	الهاتف	الطبي
<input type="text"/>	الفاكس	الهاتف
<input type="text"/>	الهاتف	السيارة
<input type="text"/>	الفاكس	الهاتف
جهات أخرى		
<input type="text"/>	الهاتف	<input type="text"/>
<input type="text"/>	الهاتف	<input type="text"/>
<input type="text"/>	الهاتف	<input type="text"/>

# معلوماتك الطبية

الشخص 2

الاسم

 فئة الدم   /   /  

تاريخ الميلاد

الحساسيات الطبيّة

 الهاتف 

الطبيب

 الهاتف 

طبيب الأسنان

 الهاتف 

الصيدلية

نظارات/عدسات لاصقة؟  أسنان صناعية؟  مصاب بالسكّري؟  مصاب بداء الصرّع؟

الحالة الطبيّة

 الجرعة 

الدواء

الحالة الطبيّة

 الجرعة 

الدواء

الحالة الطبيّة

 الجرعة 

الدواء

الحالة الطبيّة

 الجرعة 

الدواء

الحالة الطبيّة

 الجرعة 

الدواء