

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

File No#: 1000046 Date: 21-11-2017

Patient Name: SUAAD MATHMOUD اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): \_\_\_\_\_ Gender (الجنس): M / F

Weight: 56.5 kg Height: 163 cm Blood Type: \_\_\_\_\_ Bp = 100/70 mmHg

Marital Status: \_\_\_\_\_

Chief Complaint: lower abdominal pain for one day  
+ vaginal discharge, Temp = 38.4-17

Medical History السجل الطبي

Diseases: \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_ Pregnancy: \_\_\_\_\_

Hospitalization: \_\_\_\_\_ Family History: \_\_\_\_\_

Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N

Remarks: \_\_\_\_\_

Clinical Findings: mild vaginal discharge

د. لميس عبد الحميد عبد المجيد  
Dr. Lamees Abdulhameed Abdulmajeed  
إخصائي. أ. نساء وتولادة  
Specialist - OBS / GYN  
ترخيص رقم: V261  
MOH License No.: V261  
مركز أوركيذ الطبي  
Orchid Medical Centre

Radiography: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Examination : slight vaginal discharge  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnosis: vaginosis  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DOCTOR NOTE

21-11-2017: c/c → lower abdominal pain for 1 day  
+ vaginal discharge.  
Lmp = 30-10-2017  
U/S → small right ovarian cyst 1.5 cm, uterus normal  
Rx: 1) mycoheal vaginal supp X 3  
2) Diflocan 150 cap 1/wk for 2 weeks (1st + 4th)  
3) ciprofloxacin tab 500mg XR (5 days)

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO\*

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

**Public Data Verification report****File****Valid Signature?**

Non-Modifiable Data (SF3) False  
 Modifiable Data (SF5) False  
 Holder Signature Image (SF7) False  
 Photography False  
 Home Address False  
 Work Address False

**Card Holder Information**

Name	Suaad Mahmoud, Salloum	IDN:	784198816320356	Mother Name:	
Name (Ar)	سعاد محمود, سلاوم	Card Number:	082914125	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	SYR الجمهورية العربية السورية	Family ID:	
Issue Date:	10/04/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	09/03/2020	Date of Birth:	23/04/1988	Sponsor Name:	محمد سيف الدين حلاوه
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0175171065
Residency Type:	03	Residency Number:	20120133008977	Residency Expiry:	09/03/2020
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

11/21/2017

### Medical Consent Form

I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition, which has been explained to me by the qualified physician.

I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.

I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.

I authorize my treating doctor to perform such procedure, which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as to a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risk and hazards to the performance of the diagnostic and /or surgical procedure. I realize that common surgical or diagnostic procedure are potential for an infection, swelling, bleeding and allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full after the completion of each treatment.

I understand that any information that I provide regarding my medical status will be kept completely confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that form has been fully explained to me and that I have read it understand its contents.

Patient Signature/ Guardian (In case of minors):

Date:

Dentist Signature:

### نموذج إقرار طبي

• أوافق و اسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

• اتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

• وأنا اتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

• أفوض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

• اتفهم انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما اتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

• اتفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

• ان أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

• أقر اني امثلك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي : 

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

