



مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 100060 Date: 3/12/17 اسم المريض: \_\_\_\_\_  
Patient Name: Asma Ali Ibrahim Gender (الجنس): M / F  
Date of Birth(تاريخ الميلاد): 12-3-13 طالبة طالب Occupation (الوظيفة):  
Nationality(الجنسية): مصرية Phone No. (رقم الهاتف): 2597758  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): \_\_\_\_\_  
Contact Person in Case of Emergency: 6298252  
How Did You Know About Us? صداقة

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثة؟	Yes/No لا/نعم	✓
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟	Yes/No لا/نعم	✓
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم	✓
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تلقيت من أي أمراض؟	Yes/No لا/نعم	✓
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No نعم / لا	✓
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	Yes/No نعم / لا	✓
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم) (نقرا الدم)،	Yes/No نعم / لا	✓
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، أمراض أخرى	Yes/No لا / نعم	✓
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	✓
	<b>*for ladies:</b> Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مبالغ للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No لا /نعم	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم / لا	✓
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم / لا	✓
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	✓
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا /نعم	✓
Other	Other conditions؟ HSV, HIV...etc	Yes/No نعم / لا	✓

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

File No#: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_ اسم المريض:

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

Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Blood Type: \_\_\_\_\_

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

Chief Complaint: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

السجل الطبي Medical History

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

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

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

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

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

Clinical Findings: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

REDAD DATA  
cAEAlOEBA83ODQyMi

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Asma,Ali,Ibrahim,,Elsheikh	IDN:	784201318790819	Mother Name:	
Name (Ar)	اسماء علي ابراهيم الشيخ	Card Number:	077407732	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SDN	Family ID:	
Title(Ar):		(Ar):	السودان		
Issue Date:	10/03/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	27/02/2019	Date of Birth:	12/03/2013	Sponsor Name:	علي ابراهيم الشيخ علي
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	05575383
Residency Type:	03	Residency Number:	30120133020574	Residency Expiry:	27/02/2019
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

بليون امضاء / No signature

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

12/3/2017

### 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 أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

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

• وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نذكر 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.

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

• أتفهم 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 امالك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الاقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الاقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ: ٢٤-٧/١٤١٧

توقيع الطبيب المختص:

