

لاستعمال الطبيب فقط For Doctor's Use Only

File No#: 1000115 Date: 30/12/17
Patient Name: HAWA AHMED - USA اسم المريض:
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 16/4/1980 Gender (الجنس): M / F
Weight: 99.4 kg Height: 173-2cm Blood Type: A+ BP= 110/80
Marital Status: Married " 055-9389270 "

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: irregular period for 2 months

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

DOCTOR NOTE

30/12/2017

Lmp 9/12/2017 = D 22 of cycle

C.c.: irregular period for 2 months

U/S → Rt ovarian complicated cyst 3 x 3.5 cm
thick endometrium 20 mm, L-O = Normal

Rt ① progesterone tab 21 tab once daily / 2 m

② folic acid 5mg x 30 days

Plan → if cyst disappear → clomiphene start

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: 30-12-2017

Dentist Signature:





نموذج إقرار طبي

أوافق و اسمح 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.

و أنا أتفهم أن من الممكن أن 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.

أتفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماماً 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.

إن أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتلاك 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: