



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000166

Date: 28/1/2018

اسم المريض

Patient Name: Enas As khreem

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 28/12/1988

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Palestine

Occupation (الوظيفة): -

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 056-2665503

Contact Person in Case of Emergency: _____

How Did You Know About Us? Instagram

Weight: 59.5 kg Height: 171.3 cm Blood Type: _____

Marital Status: Married

Chief Complaint: Irregular period, pain during intercourse
for 2 months

Medical History السجل الطبي

Diseases: / /

Allergies: / /

Hospitalization: / /

Medication: /

Pregnancy: Lmp

Family History: 17-1-2018

Habits: Smoking: Y/N

Alcohol: Y/N

Drugs: Y/N

Remarks: _____

Clinical Findings: off to healthy

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 أوركيذ الطبي
Orchid Medical Centre

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.

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 ان يكشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الاولي، 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 ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماماً كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و اتفهم احتمالية 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 تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتلاك 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:

توقيع الطبيب المختص:

DOCTOR NOTE

16/2/2018 Lmp = 14-2-2018 = D₂
 Rx clomid 50 mg tab (5 days)

plann → 24/2/2018 = D₁₁ → 4/5

17-2-18 Zmatw Soliwa
 in R & Left ov.

Ew, ad → 9044.?

Le par → 5000
2

14/3/2018 Lmp = 14-3-2018 = D₁ c.c. Lower abdo pain
 u/s R.O. cyst 3x2-8 cm (clomid + pregnancy 5000?)

Rx → ① Duphaston 10mg (D₁₅ → 28-3-2018)
 ② Brufen tab

plann → if no preg. → D₂ → if no cyst → clomid (11)
 if still → ① pills
 ② progestin n-tab

27-3-2018 c.c → vaginal bleeding for 2 days

Lmp = 14-3-2018
 4/5 → Ruptured R.O cyst, extra normal
 → its period
 plann → D₁₅ → Duphaston 10 x 10 days
 if no pregnant → D₂ clomid → D₁₂ 4/5

DOCTOR NOTE

