



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000324

Date: 20/03/2018

Patient Name: MAHA AHMED

اسم المريض

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 01/09/1985

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): 664PT

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No (رقم الهاتف): 055 8839 4021

E.MAIL: waleed-norse@yahoo.com 054 4443871

How Did You Know About Us? ✓ face book

Weight: 111.6kg

Height: 172cm

Blood Type: BP-110/95

Chief Complaint: vaginal bleeding (mild) for 4 days

السجل الطبي Medical History

Diseases: / /

Medication: /

Allergies: / /

Pregnancy: Lmp = ? 6-3-2018

Hospitalization: /

Family History:

Habits: Smoking: Y/N

Alcohol: Y/N

Drugs: Y/N

GI, P, AG

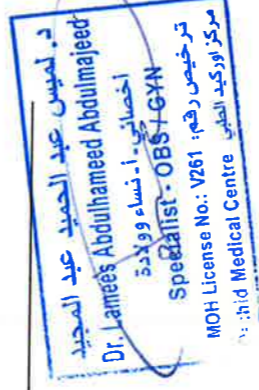
Remarks:

Clinical Findings:

Radiography:

Examination:

Diagnosis: irregular menstrual cycle



DOCTOR NOTE

20/3/2018 Lmp:- 6-3-2018
c.c → mild vag bleeding for 2 days
4/5 → normal both ovaries & uterus
R → Duphaston- tab twice daily (10 days)

25/3/2018 → follow up
d/f → Cervix healthy, ↑ discharge
R → vaginal douch for 3 days

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 التخصصات 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 نكر 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 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

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 تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني املاك 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 : **مها محمد بهجت**

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQXO*

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	Maha Mohamed,Bahgat,,,Ahmed Mohamed	IDN:	784198537536868	Mother Name:	
Name (Ar)	مها محمد بهجت ,,,, احمد محمد	Card Number:	083785578	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	05/06/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	27/05/2019	Date of Birth:	01/09/1985	Sponsor Name:	وليد خليفة احمد محمد
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	76747079
Residency Type:	03	Residency Number:	20120153062877	Residency Expiry:	27/05/2019
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

3/20/2018

