مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000373 Date: 31/03/2018

Patient Name: DINA RAAFAT SHAHWAN اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 01/06/1989 Gender (الجنس) : M / (F)

Nationality (الجنسية): EGYPTIAN Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): M Phone No. (رقم الهاتف): 0553300599

E.MAIL :

How Did You Know About Us?

Weight: 104.80 Height: 164 Blood Type: 130/70

Chief Complaint: Antenatal care

Medical History السجل الطبي

Diseases: / Medication: /

Allergies: / Pregnancy: Lmp = 30-11-2017

Hospitalization: C/S Family History: 7-8-2018

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

Remarks: G2 P1 A0 → C/S → 2014

Clinical Findings: oligohydromnos + H.T

Radiography: /

Examination : Hb: 13.2 March Sugar 96 TSH N

Diagnosis: pregnant

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

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

- اوافق 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 الاجراءات الطبية الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.
- وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكتشف 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 هنالك أي ضمانات او أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحصوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي
- أتفهم ان هناك رسوم بالحد الادنى 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 أني امتلك 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 : دينا رأفت

التاريخ: ٢١/١٢/٢٠١٨

توقيع الطبيب المختص:

ORCHID MEDICAL CENTER
مركز أوركيد الطبي

Lmp = 30-11-2017
EDD = 7-9-2018
EDD = 4/s → 4-9-2018

PATIENT NAME:

FILE NO#:

previous c/s → oligohy. + H.T

DATE	GA	ULTRASOUND	WT	BP	BLOOD TEST
39-3-2018	17+4/52	s.v.f, m. post, f.m.+ve wt 195g ♀	104.8	130/70	Hb = 13.2 R.BS = 90 TSH = N } March
					Feroglobin pregnacare osteocare
7/5/2018	→	urine for Albumin	antenatal test, vit D, TSH	blood, HbA1c, Bl.g.	Same → full blood test
					before go to Egypt

6/6 → full blood test before Egypt travel → antenatal bl. test
Hep. B ... + Bl. g. + vit D + HbA1c + CBC + TSH + GUE

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

DOCTOR NOTE

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

PATIENT NAME: **FILE NO#:**

DATE	GA	ULTRASOUND	WT	BP	BLOOD TEST

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

Patient Name: **FILE NO#**

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
31-3-2018	Consultation + U/S	150	0	

Type / النوع: P
Country Code / رمز البلد: EGY
Passport No / رقم الجواز: A07968192

الاسم: دينا رافت مسعد شهوان

Full Name
DINA RAAFAT MOSAAD SHAHWAN

Date Of Birth	Place Of Birth	مكان الميلاد	تاريخ الميلاد
01/06/1989	GHARBEYA	الغربية	١٩٨٩/٠٦/٠١
Nationality	Sex	النوع	الجنسية
EGYPTIAN	F	أنثى	مصرية
Date of Issue	Date of Expiry	تاريخ الانتهاء	تاريخ الإصدار
09/10/2012	08/10/2019	٢٠١٩/١٠/٠٨	٢٠١٢/١٠/٠٩
Issuing Office			جهة إصدار الجواز
29			٢٩

الرقم القومي: ٢٨٩٠٦٠١١٦٠٦٢٦٦
الوظيفة/المهنة: بكالوريوس تجارة
Profession: B.OF COM
اسم الزوج/جنسيته: محمد الشناوى محمد القاضى /مصري
العنوان: القرشية مركز السنطة غربية

جمهورية مصر العربية
ARAB REPUBLIC OF EGYPT

P<EGYSHAHWAN<<DINA<RAAFAT<MOSAAD<<<<<<<<<<<<<
A079681922EGY8906016F1910083<<<<<<<<<<<<<<<06