



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

Date: 8/8/2018

File Number: 1000808

Patient Name: Mariam Amir Saeed haxsh

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 17/7/1991 Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): U.A.E

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 050-6422649

E-MAIL:

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا/نعم	لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا/نعم	لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا/نعم	لا
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لا/نعم	لا (العمى بالظنظار)
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا/نعم	لا
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا/نعم	لا
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) لوكميميا (فقر الدم)	لا/نعم	نعم منذ قبل
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	لا/نعم	لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	لا/نعم	لا
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems السيدات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية	لا/نعم	لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	لا/نعم	لا
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا/نعم	لا
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا/نعم	لا
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا/نعم	لا
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc	لا/نعم	لا



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 any procedures which are advisable in their professional judgment.
- I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.
- I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.
- I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.
- I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.
- I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.
- I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its' content and I sign it with all my will.

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الافضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقامة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تملما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو التزريف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فتحى الملف صحيفه و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكمال ارادتي

توقيع المريض/ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: 20/11/2018
.....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (فصيلة الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

N

الحساسية Allergies

N

الأدوية Medications

N

الحمل Pregnancy

N

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، أفعال للمستشفى

Smoking (التخين): Y / N

N

Alcohol (الكحول): Y / N

N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

08 ص. 2013.

CONSERVATION ABOUT
PRESERVATION OF ABDOMINAL
CER TUMORS TWO SURGERY
NO OPERATION FOR TUMORS
TACE. OPERATION CAN BE
DONE ONLY FOR LOWER
TUMORS.



Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

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	Mariam,Amir,Saeed,,Hairsh	IDN:	784197153819434	Mother Name:	
Name (Ar)	مريم,علاء,سعيد,خيرش	Card Number:	087939352	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	301006108
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	28/02/2018	Date of Birth:	17/07/1971	Sponsor Name:	
Expiry Date:	10/09/2024	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	02	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	99	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				



Photo

Signature Image



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

8/8/2018