



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 15/8/2018 File Number: 10002338
Patient Name: MILA Mona med Raslan اسم المريض
Date Of Birth: 23/6/1988 Gender: M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): CHILD
Nationality: TUNIS Occupation: HOME
Address: AL KHAN SHAH Phone No. (رقم الهاتف): 0504810401
E-MAIL: How did you know about us: f.a.c.c.B.S.A.K

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى اي دوية او تتلقى اي علاجات حديثا؟	Yes/No لا/نعم	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى اي سترويدات او مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم	
Allergies هل لديك اي حساسية؟	Yes/No لا/نعم	
Surgical Operations, Serious illness هل اجريت اي عمليات جراحية او تعاطى من اي امراض؟	Yes/No لا/نعم	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	Yes/No لا/نعم	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف او تتعاطى اي مميعات للدم؟	Yes/No لا/نعم	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Yes/No لا/نعم	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، ازمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	Yes/No لا/نعم	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟	Yes/No لا/نعم	
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيدات : هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No لا/نعم	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	Yes/No لا/نعم	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، اي امراض معوية اخرى؟	Yes/No لا/نعم	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم	
Other conditions هل تعاطى من اي امراض اخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط etc	Yes/No لا/نعم	



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: ١٥/٤/١٤

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 تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي 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 نتاج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو التزيف 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 انتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي قد بقي الملف صحيحة. و أتفهم أن أي معلومات تطلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع عليها بدون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا الاقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

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

التاريخ: ... / ... /

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Blood Type (فصيلة الدم):

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (ضغط الدم): /

Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسيات

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (تعاطي الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQyMl

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	Mila,Raslan,,Elmaghraby	IDN:	784201810919817	Mother Name:	
Name (Ar)	مىلا بنت محمد رسلان المغربي	Card Number:	090169059	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	TUN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	تونس		
Issue Date:	24/07/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	23/07/2020	Date of Birth:	23/06/2018	Sponsor Name:	محمد مجدى محمد رسلان المغربي
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	0146294987
Residency Type:	03	Residency Number:	20120183331413	Residency Expiry:	23/07/2020
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

No signature / بدون إمضاء

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

8/15/2018



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001069)

Date:15-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000838 - MILA EL MAGHRABY - 971504810401

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash **105.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 15-08-2018

Being

Made by Ghada

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae