



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 1 / 9 / 2018

File Number: 1000880

Patient Name: Layla Samari

اسم المريض: ليلى صالح حمري

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 21 / 2 / 1985

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): M / (F)

Nationality (الجنسية): سورية

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0504714018

E-MAIL: moath.79@yahoo.com

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History	
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No لا/نعم <input checked="" type="radio"/>
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم <input checked="" type="radio"/>
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم <input checked="" type="radio"/>
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No لا/نعم <input checked="" type="radio"/>
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No لا/نعم <input checked="" type="radio"/>
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No لا/نعم <input checked="" type="radio"/>
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، توكميا (نقر الدم)	Yes/No لا/نعم <input checked="" type="radio"/>
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No لا/نعم <input checked="" type="radio"/>
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم <input checked="" type="radio"/>
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيدات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No لا/نعم <input checked="" type="radio"/>
Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No لا/نعم <input checked="" type="radio"/>
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No لا/نعم <input checked="" type="radio"/>
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم <input checked="" type="radio"/>
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم <input checked="" type="radio"/>
Other conditions فيروس الهربس، فيروس الحماق البسيط etc	Yes/No لا/نعم <input checked="" type="radio"/>

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 إقرار 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 ترويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمراً مختلفاً عن ما نكر 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 نتاج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو القرح أو النزف أو الالام 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 لدي فتحي الملف صحيحة. و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون مراقبتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم 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: 19 / 09 / 2019

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

Pain as she couldn't sleep last night in lower
Right area,

Disease History التاريخ المرضي: -

Allergies الحساسية: -

Medications الأدوية: -

Pregnancy الحمل: -

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ايدخل للمستشفىSmoking (التدخين): Y / NAlcohol (الكحول): Y / NDrugs (العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Nothing Abnormal / Smelling around T8

الفحص Examination

Pain on Percussion on T6 & T8, Pain on cold on T6 & T7.

المشور الشعاعية Radiography

P.A X-Ray

التشخيص Diagnosis

Reversible Pulpitis on T6, Barries on T7
Pulpitis & Pericoronitis on T8

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

D Composite Filling + 67 , Extractions + 3

Doctor's Signature and Stamp:

.....



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

700.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001151)

Date:01-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000880 - LAYALI QAMARI - 971555933063

The sum of Dhs. Seven Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 700.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 01-09-2018

Being

Made by Ghada

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

SICK LEAVE CERTIFICATE

Hospital: **ORCHID MEDICAL CENTER**

Date of issue: **01 SEPTEMBER 2018**

Cert No: **OMC1/2018/1017**

Patient's Name: LAYALY KAMARI	File Number: 1000880
Age: 33	Sex: FEMALE

Unfitness

This is to certify that the above patient visited **MEDICAL CLINIC on 01/SEPTEMBER/2018**

The patient is unfit to work from **01/SEPTEMBER/2018** until **02/SEPTEMBER/2018**.

Diagnosis: Acute Manifestations of Chronic Pericoronitis Around Tooth 38 That Required Proceeding With extraction

Comments:

Doctor's Name: Dr. ABDUL HALEEM AL MARDAWI	License Number: D38021
Signature : 	Stamp : 

Notes :

- 1- Certificate is invalid if any corrections are made.
- 2- Certificate is Valid only if is signed and stamped.
- 3- Certificate is issued at patient's request

الإستعمال الرسمي : تصديق على صحة توقيع وختم الطبيب المذكور المرخص من قبل وزارة الصحة دون تحمل إدارة منطقة الشارقة الطبية ابي مسؤولية من محتويات هذا التقرير (اعتماد قسم التراخيص الطبية بمنطقة الشارقة الطبية)

Sharjah – comich alkhan – alkhan palace 201 – near petrofac
Phone : +971 6 555 8337 mobile : +971 50 603 7996