



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... الجمال... جمال
Health... Smile... Beauty

Date: 20/9/2020

File Number: 1000887

Patient Name: Nora Almazami

إسم المريض

Date Of Birth: 20/5/2000 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Student

Nationality: U.A.E. Occupation: Student

Address (العنوان): Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 0507385070

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؟	No	
Corticosteroids/immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى وروماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكمييا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	No	
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيديات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملاح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions من أي أمراض أخرى؟ HIV, AIDS, etc... فيروس الإيدز، فيروس الحلاّ البسيط	No	



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):

Nora.

Date: 2 / 9 / 1437

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمع الطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و
- أفهم 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 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 الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او ثمين لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية او التجريبية
- التي، كما أفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي
- المرضية.
- أفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية للفحوصات و الاجراءات
- العلاجية و الجراحية.
- و امرت ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تقوي الي مضاعفات
- كالتهاب أو التورم أو النزف أو الالام أو الحساسية
- أفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و ان جميع
- الرسوم المطلوبة يجب ان تسد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر ان كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي تفصي الملف صحيحة. و
- أفهم ان اي ملاحظات تطبق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون
- موافقتي
- أقر ان لدي المعلومات الكافية لتقديم هذا القرار و ان هذا النموذج قد تم شرحها لي بالكامل و
- انني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بأكمل ارادتي

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

التاريخ: ... / ... /

File No:

Date: / /

Patient Assessment Form
استمارة تقييم المريض

Vital Signs
المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (الضغط الدم): /

Blood Type (فصيلة الدم):

Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint
سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History
التاريخ المرضي:

Allergies
الحساسية

Medications
الأدوية

Pregnancy
الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (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

02.09.2018



Doctor's Signature and Stamp

.....

United Arab Emirates

دولة الإمارات العربية المتحدة

Identity Card

بطاقة هوية



ID Number /
رقم الهوية /
784-2000-6819109-5



الإسم: نوره عائل أحمد عبدالله المازمي



Name: Nora Adil Ahmed Abdalla
Almaazmi

الجنسية: الإمارات العربية المتحدة
Nationality: United Arab Emirates