



Date: 2/9/2018

File Number: 10008933

Patient Name: Saliman Hala

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 21/5/2016 Gender (الجنس) M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Syria

Phone No. (رقم الهاتف): 050-4774212

Address (العنوان): Sha'arab

E-MAIL:

How did you know about us: Sana building

التاريخ الطبي Medical History	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment	هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟
Corticosteroids/Immunosuppressant	هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟
Allergies	هل لديك أي حساسية؟
Surgical Operations, Serious illness	هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	السيدات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟
Epilepsy, or any other neurological disease	هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟
Thyroid Diseases, Diabetes	هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟
Other conditions HIV...etc	هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HIV, HIV...etc

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 تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكره 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 لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو القرح أو النزف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المطهبات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قمضي الملف صحيفاً. و أتفهم ان اي مطهبات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطراح عليها بدون موافقتي
- أقر أن لدي المطهبات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحها لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بأكمل ارادتي

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

التاريخ: ... / ... /

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Pt mother is worried about a mass
red on his erupting Primary molar

Disease History التاريخ المرضي

N/A

Allergies الحساسية

N/A

Medications الأدوية

N/A

Pregnancy الحمل

-

Previous Surgeries, Hospitalization

عمليات سابقة ، احوال المستشفى

-

Smoking (التدخين): Y / N

N

Alcohol (الكحول): Y / N

N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Pt is cooperative / his hand in his mouth

Examination الفحص

Pain on palpation Redness

Radiography الصور الشعاعية

-

Diagnosis التشخيص

Pyogenic granuloma

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Leaves under observation

Doctor's Signature and Stamp

.....

