



Date: 11/9/2018

File Number: 10009228

Patient Name: Sulaiman Al Shehhi

اسم المريض: .....

Date Of Birth: 26/8/1995

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

M / F

Nationality: (الجنسية): U.A.E

Phone No. (الرقم الهاتف): 0525233336

Address (العنوان): Sharjah

E-MAIL: .....

How did you know about us: .....

Friends (Salem AlGhathii)  
(Mohd Salama)

التاريخ الطبي Medical History

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

### 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 ترويدي بالعلاج الأشمل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة 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 اي ضمانات او تأمين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استعمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو التورف أو الألم أو الحساسية المرضية.
- 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 المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدى فتحني الملف صحيحة. و اتفهم ان اي معلومات تنطق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اتي قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اتي وقعت عليه بكامل ارادتي

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

التاريخ: .... / .... / .....

## استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

*Want Hollywood Smile*

Disease History التاريخ المرضي: —

Allergies الحساسية: —

Medications الأدوية: —

Pregnancy الحمل: —

Previous Surgeries: Hospitalization عمليات سابقة ، اذغال المستشفى

Smoking (التدخين):  Y /  N

Alcohol (الكحول):  Y /  N

Drugs (أدوية):  Y /  N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

*Retained 31 , Impacted unerupted 31 Need extraction  
Crowding*

الفحص Examination

المصور الشعاعية Radiography

*OPG Requested*

التشخيص Diagnosis

*Crowding & malalignment.*

Treatment Plan خطة العلاج

OPG

1) Extraction 3+ (Surgical)

2) Extraction of C/

V	C	C	C	V		C	V	V	V	V
S	4	3	2	1		1	2	3	4	5
V	U	V	V	V		V	V	C	C	V
S	4	3	2	1		1	2	3	4	5

20 x 900 = 18000

Doctor's Signature and Stamp

Dr. Abdulla  
 طبيب عام  
 General Practitioner / Dentist  
 MOH License No.: D38021  
 مركز اوركيد الطبي  
 Orchid Medical Centre



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO\*

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Sulaiman,Al,Mohammed,Aljadedi Alshethhi	IDN:	784199561918329	Mother Name:	HUDA EBRAHIM
Name (Ar)	سليمان بن طهي محمد الجادي الشهي	Card Number:	088489154	Mother Name (Ar):	هدى ابراهيم
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	612000154
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	05/04/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	05/04/2028	Date of Birth:	26/08/1995	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

9/11/2018