



Date: 12/9/2018

File Number: 1000938

Patient Name: Farah Habbash

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 05/01/1988

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality (الجنسية): Libanese

Address (العنوان): Beirut

E-MAIL: farahhabb@outlook.com

Phone No. (رقم الهاتف): 0567777072

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

التاريخ الطبي Medical History	
الحالة الطبية Medical Condition	إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل Yes/No لا/نعم
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا/نعم
Corfisteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا/نعم
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا/نعم
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	لا/نعم
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا/نعم
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا/نعم
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا	لا/نعم
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض أخرى	لا/نعم
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض يولية أو تناسلية؟	لا/نعم
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems السيدات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية	لا/نعم
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية أخرى	لا/نعم
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى	لا/نعم
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا/نعم
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	لا/نعم
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HIV, HSV, etc...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا الكبدية، etc	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،
- أتعلم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتعلم أنه من الممكن أن يكشف 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 أنا لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية العكسة لي، كما أتعمد الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتعمد تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالإنتهاب أو التورم أو التزيف أو الألم أو الحساسية.
- أتعمد 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 قدته لدي فتحتي الملف صحيحة و تعلم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً 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 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

## المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg  
Pulse (النبض): ppm

Height (الطول): cm  
Blood Pressure (ضغط الدم): /

Blood Type (دم):  
Blood Sugar (سكر الدم):

## سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

## التاريخ المرضي: Disease History

## الحساسية Allergies

## الأدوية Medications

## الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعوي العقاقير): Y / N

## اللاحظات العامة و السريرية General &amp; Clinical Findings

## الفحص Examination

## الصور الشعاعية Radiography

## التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

12.09.2018 10:00 AM  
Mycobacterium tuberculosis  
OTHER PACE  
CONCOMITANT



Doctor's Signature and Stamp

.....

