



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 12/9/2018

File Number: 10009339

Patient Name: Nawaf AL Zaman

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 14/12/1999 Sender (M) / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): Saudi (الوظيفة):

Address (العنوان): Jeddah

Phone No. (رقم الهاتف): 0566608338

E-MAIL:

How did you know about us: Google

التاريخ التاريخ 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 دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No / لا/نعم	لا
Corftieroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو محبطات للمناعة؟	Yes/No / لا/نعم	لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No / لا/نعم	نعم
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No / لا/نعم	لا
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	لا
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No / لا/نعم	لا
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) /نيميا فقر الدم	Yes/No / لا/نعم	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No / لا/نعم	نعم
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No / لا/نعم	لا
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems لل سيدات : هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No / لا/نعم	لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No / لا/نعم	لا
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى	Yes/No / لا/نعم	لا
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No / لا/نعم	لا
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No / لا/نعم	لا
Other conditions من أي أمراض أخرى: فيروس نقص المناعة البشرية، فيروس الإيدز، فيروس الحلا للبرص، HIV...etc	Yes/No / لا/نعم	لا



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 of 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 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 بتاجح 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 الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما فكرت 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 لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التشخيصية المتبعة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات المتتاجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالإنتهاب أو التورم أو الألم 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 قدته لدي تفصي الملف صحياً و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل إرادتي

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

التاريخ: ... / ... / ٢٠١٤

File No:

Date: / /

Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (دم ضغط): /

Blood Type (دم فصيلة):

Blood Sugar (دم سكر):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تخاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

12.09.2018

CONCERNING ALBERT

PIP FOR PACE

4 SESSIONS (6 WEEKS
BETWEEN SESSIONS)



Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQXO

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED 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	Nawaf,Saud,H.,Alzemam	IDN:	784199584306296	Mother Name:	
Name (Ar)	نواف بن سعود بن الزم	Card Number:	090090307	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SAU	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	السعودي		
Issue Date:	19/07/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	12/03/2022	Date of Birth:	14/12/1995	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	IR	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

9/12/2018