



مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إنسانة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

Date: 16/9/2018

File Number: 1000947

Patient Name: Israa yagoub

اسم المريض:

Date Of Birth: 1.9.1999 : (تاريخ الميلاد) M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: (الجنسية): U.A.E. : (البلد)

Occupation: (الوظيفة):

Address (العنوان): Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 0545313606

How did you know about us: Google

E-MAIL:

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



## 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 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 أسمع للطبيب بصلاح حائقي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يحتاج الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في القصة الأولى 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 تفهين لتأنيح العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المتقدمة لي، كما أتفهم الخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حائقي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية للفحوصات و الإجراءات المادية و الجراحية.
- و أدرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالانقباض أو التورم أو النزف أو الألم أو الحساسية.
- أتفهم أن هناك رسوم 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 لي قد تم تلقيه للملف صحيحة و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحائقي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لي 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 علي بأكمل اراضي

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

التاريخ: ... / ... / .....

File No: .....

Date: / /

## Patient Assessment

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

Chief Complaint: سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History: التاريخ المرضي:

Allergies: الحساسيات

Medications: الأدوية

Pregnancy: الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (أدوية): Y / N

General & Clinical Findings: الملاحظات العامة و السريرية

Examination: الفحص

Radiography: الصور الشعاعية

Diagnosis: التشخيص

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp:

.....



United Arab Emirates  
دولة الإمارات العربية المتحدة  
Driving License  
رخصة قيادة

رقم الرخصة  
665906  
الاسم  
إبراهيم يعقوب يوسف فيروز اسماعيل

Nationality  
EMIRATES  
المستوطن  
الإمارات

Date of Birth  
01-09-1999  
تاريخ الميلاد  
01-09-1999

Issue Date  
30-07-2018  
تاريخ الإصدار  
30-07-2018

Expiry Date  
29-07-2019  
تاريخ الانتهاء  
29-07-2019

Place of Issue  
SHARJAH  
جهة الإصدار  
الشارقة

مركز الترخيص  
MITR310113  
Driving Authority

