



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

مركز أوركيد الطبي
Health ... Smile ... Beauty

Date: 17/9/2017

Patient Name: Ali Jawad

Date Of Birth: 19/11/1988 (تاريخ الميلاد) M / F

Nationality: Iraqi (الجنسية) Occupation: Student

Address: Shaqra

E-MAIL:

File Number: 1009957

اسم المريض:

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Phone No. (رقم الهاتف): 0557555127

How did you know about us: Google

الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم/لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتناول أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حالية؟	Yes/No نعم/لا	
Corticosteroids/immunosuppressant هل تتناول أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No نعم/لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم/لا	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No نعم/لا	
Cardiac surgery,Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب عضلة القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No نعم/لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتناول أي مميعات للدم؟	Yes/No نعم/لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا	Yes/No نعم/لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم/لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو تناسلية؟	Yes/No نعم/لا	
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيدات: هل أنت حامل؟ هل تتناولين أي موانع للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No نعم/لا	
Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم/لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم/لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم/لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم/لا	
Other conditions HIV, AIDS هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس نقص المناعة البشرية	Yes/No 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 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 بإجراء حالي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تنفيذ العلاج الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في القصد الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفهم الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العاجلة اللازمة و المطلوبة بحكم خبرة الطبيب و الطبية.
- أفهم أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لناتج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجريبية الإضافية لي، كما أفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالي المرضية.
- أفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون محتملة للفحوصات والإجراءات العاجلة و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية المرضية.
- أفهم أن هناك رسوم و بالحد الأدنى يجب علي مقابل الخدمة العاجلة و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أفهم أن كافة العمليات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي تفهمي الملف صحياً و أفهم أن أي ملاحظات تتعلق بحالي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الأطلاع عليها دون عافيتي.
- أفهم أن لدي المعلومات الكاملة لفهم هذا الإقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و أنني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و لدي وقت علي كامل اراضي

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

..... / /

File No:

Date: / /

Patient Assessment

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

Chief Complaint: سبب زيارة المريض للعيادة

~~Pain~~ Pain on tooth

Disease History: التاريخ المرضي: -

Allergies: الحساسية: -

Medications: الأدوية: -

Pregnancy: الحمل: -

Previous Surgeries, Hospitalization: عمليات سابقة، إيداع المستشفى: -

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (المنشآت): Y / N

General & Clinical Findings: الملاحظات العامة و السريرية

Nothing Abnormal
Examination: الفحص
Pain on cold hist & Percussion

Radiography: الصور الشعاعية

Diagnosis: التشخيص

Acute Pulpitis

File No:

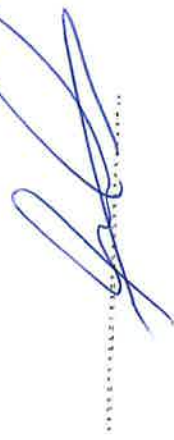
Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

RCT for $\frac{1}{6}$

(Patient Refused to do treatment).

Doctor's Signature and Stamp



REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO

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	Ali Talib Nawar,,,Jameel	IDN:	784198872852136	Mother Name:	
Name (Ar)	علي طالب نوار,,,جميل	Card Number:	077464533	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRQ	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	العراق		
Issue Date:	14/03/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	02/03/2019	Date of Birth:	14/11/1988	Sponsor Name:	مغسلة الخليلي
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	30120067093419	Residency Expiry:	02/03/2019
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

9/17/2018