

Date: 19/9/2018

File Number: 1000966

Patient Name: Samiha Hanouz

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 12/4/1980 Gender (الجنس): M / ♂

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Tunis

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0503701855

E-MAIL:

How did you know about us:

الطبيعية	Yes/No لا/نعم	If "YES" give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
الحالة الطبية		
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا/نعم	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي كورتكويدات 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 أمراض؟	لا/نعم	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا/نعم	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التخثر أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا/نعم	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا/نعم	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	لا/نعم	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	لا/نعم	
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للبنات: حمل، قرص حامية، مشاكل في الدورة الشهرية	لا/نعم	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	لا/نعم	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا/نعم	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا/نعم	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا/نعم	
Other conditions MSU, HIV...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 إقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بإجراء حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و التوصل
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترميمي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك الخطط لها .
- أفهم الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و الإجراءات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته الطبية و الطبية.
- أفهم أنه لم يتم شرح أي مضاعفات أو مخاطر لتأثير نتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية الباقية لي، كما أنني أفهم المخاطر و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماماً كافة المخاطر و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات المادية و الجراحية.
- و أترك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية.
- أفهم أن هناك رسوم بأحد الأيدي يجب علي دفعها مقابل الخدمة الجراحية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أفهم أن كافة العمليات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي تفصي الطرف صحيحة و أفهم أن أي ملاحظات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفصاح عليها دون موافقتي
- أفهم أن لدي المطالبات الكاملة لفهم هذا الإقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و أنني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و أنني أوافق عليه بكامل إرادتي

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

التاريخ: ... / ... / .....

File No: .....

Date: / /

## Patient Assessment

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

Chief Complaint (سبب زيارة المريض للحياة)

Disease History (التاريخ المرضي)

Allergies (الحساسية)

Medications (الأدوية)

Pregnancy (الحمل)

Previous Surgeries, Hospitalization  
(عمليات سابقة ، أحوال المستشفى)

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (المخدرات): Y / N

General & Clinical Findings (العلامات العامة و السريرية)

Examination (الفحص)

Radiography (المصور الشعاعية)

Diagnosis (التشخيص)

Treatment Plan خطة العلاج

19.03.2018

CONFESSION RISKY  
 FUTURE INTERIORS FOR  
 A SUBSTITUTAL FOLLOWS AND  
 UNDER BY/PS. PRESENT  
 WAS PLANNING TO DO TOWING.  
 THAT WE DON'T HAVE A  
 FOLLOWERS ON SOCIAL



Doctor's Signature and Stamp:

.....





يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بشكل دقيق

Are you pregnant or breast feeding? Yes / No	هل أنت حامل أو توفين بالإرضاع حاليا؟ نعم / لا
Do you have a history of allergy or anaphylaxis? Yes / No	هل لديك اي حساسية؟ نعم / لا
Are you currently receiving any Medical Treatment? Yes / No	هل تتلقى اي علاجات حاليا؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
Have you previously recieved any aesthetic treatment? Yes / No	هل قمت سابقا بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
Have you ever done any treatment with botox or filler? Yes / No	هل قمت سابقا بأي علاج باستخدام البوتوكس أو الفيلر؟ نعم / لا
If yes, provide more details.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
What Areas are treated and when?.....	ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟.....
Did you suffer any side effects after treatment?.....	هل عانيت من اي اعراض جانبية بعد العلاج؟.....
Have you ever suffered from any auto immune disease? Yes / No	هل عانيت من اي امراض مناعية؟ نعم / لا
Do you have any skin infections or inflammations? Yes / No	هل تعاني من اي التهابات او امراض جلدية؟ نعم / لا
Do you take any aspirin, steroids or anticoagulant? Yes / No	هل تتناول اي ستيرويدات او اسبرين او مميعات الدم؟ نعم / لا
Do you have any allergy, specially to Hyaluronic acid, Amide Local Anesthesia or Lidocaine? Yes / No	هل تعاني من اي حساسية خصوصا تجاه حمض الهالورنيك او التخدير الموضعي او الليدوكين؟ نعم / لا
Do you suffer of Hypertrophic Scarring? Yes / No	هل تعاني من تضخم الندب؟ نعم / لا
Do you suffer any cardiac disorders? Yes / No	هل تعاني من اي مشاكل او امراض قلبية؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....

I hereby consent that I have come to orchid medical center for Treatment with Botox / Filler.

I understand this is an elective procedure and I hereby voluntarily consent to treatment with dermal fillers for facial rejuvenation, lip enhancement, establish proper lip and smile lines, and replacing facial volume. or remove any unwanted wrinkles around eyes and forehead, The procedure has been fully explained to me. I also understand that any treatment performed is between me and the doctor/healthcare provider who is treating me and I will direct all post-operative questions or concerns to the treating clinician. I have read the above and understand it. My questions have been answered satisfactorily. I accept the risks and complications of the procedure and I understand that no guarantees are implied as to the outcome of the procedure. I also certify that if I have any changes in my medical history I will notify the doctor/healthcare professional who treated me immediately.

Patient Name and Signature

.....

Date: ... / ... / .....

التاريخ: ... / ... / .....

أقر أنني قد حضرت إلى مركز أوريكيد الطبي للحصول على العلاج باستخدام حقن البوتوكس و الفيلر.

أتفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري و أنني قد وقعت هذا الاقرار بإرادتي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر / البوتوكس لإعادة النضارة للوجه و تحسين مظهر الشفاه و تغيير مظهرها و اعادة تضاريس الوجه. أو إعطاء التجاعيد في منطقة الجبهة و حول العين.

أقر أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل و أنني سوف أوجه جميع الأسئلة و الاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل و بعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الاقرار و التقييم (أو تمت قرأته لي و أنا على علم بمحتواه) و ان جميع اسئلتني و استفساراتي قد أجيبت بالكامل و بشكل مرضي.

أقر أنني على علم بكامل الاخطار و المضاعفات التي قد تنتج عن هذا العلاج و اتفهم ان لا ضمانات قد قدمت لي لنتائج هذا الاجراء الطبي.

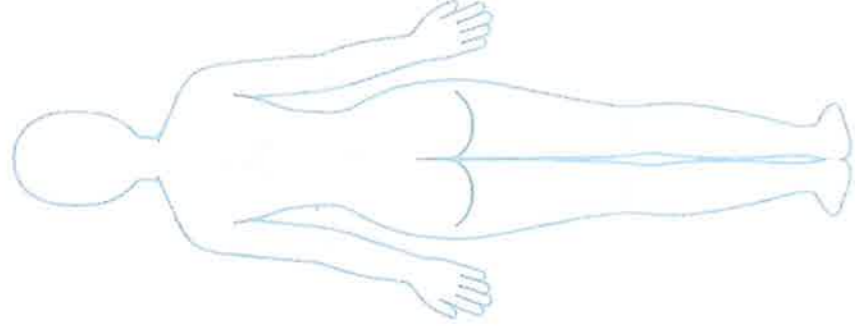
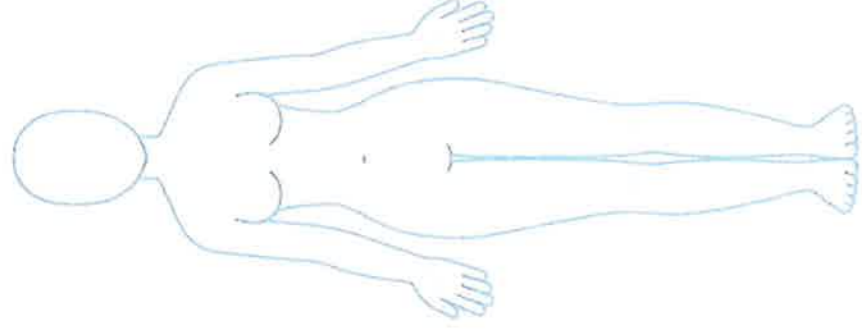
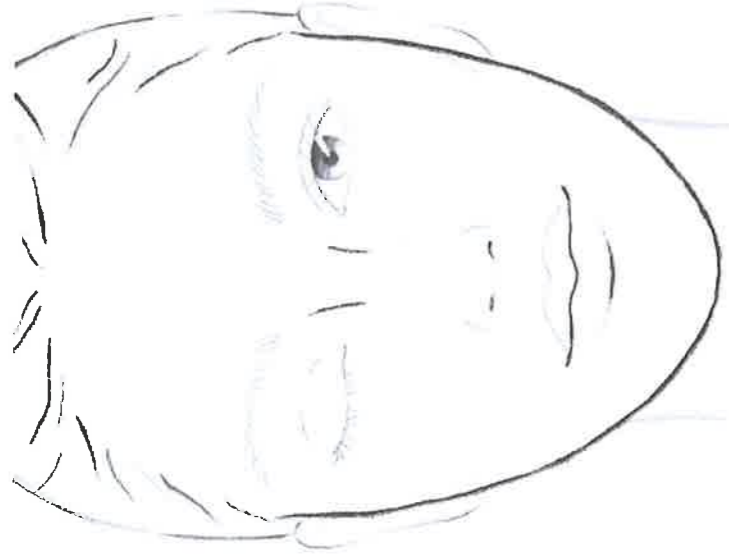
و أشهد أنني قد أعطيت المعلومات في هذا النموذج بشكل كامل و صحيح و أنني اتحمل مسؤولية التبليغ في حال اي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

إسم المريض و التوقيع

.....

التاريخ: ... / ... / .....

.....



**Filler Injection Log**

Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

**Botox Injection Log**

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....

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	Samihia, Harrouz	IDN:	784198008107462	Mother Name:	
Name (Ar)	سميحة بنت محمد حررز	Card Number:	077622578	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	TUN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	تونس		
Issue Date:	22/03/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	03/03/2019	Date of Birth:	12/04/1980	Sponsor Name:	عبدالواحد عقيل عبدالواحد عبدالرحمن
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	354514
Residency Type:	03	Residency Number:	20120073014205	Residency Expiry:	03/03/2019
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

9/19/2018