



Date: 2018 / 12 / 28

File Number: 1000974

Patient Name: Fatmah Al Ali

اسم المريض:

Date Of Birth: 1978 / 7 / 9 (تاريخ الميلاد) M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: (الجنسية): Saudi

Phone No. (رقم الهاتف): 0522233118

Address (العنوان): Sharjah

How did you know about us: Pharmacy

E-MAIL:

الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/تعم	If 'YES', give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا/تعم	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا/تعم	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا/تعم	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لا/تعم	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا/تعم	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا/تعم	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، انيميا (فقر الدم)	لا/تعم	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السعال، أمراض أخرى	لا/تعم	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو الأمراض الجنسية أو تناسلية؟	لا/تعم	
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيدات: هل أنت حامل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟ هل تتناولين من مشاكل في...	لا/تعم	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	لا/تعم	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى	لا/تعم	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا/تعم	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا/تعم	
Other conditions HIV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحماق البسيط	لا/تعم	

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 إقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بإجراء حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و التوقيع

أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالعلاج الأفضل.

أفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفهم الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أفهم أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تفويض نتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التشخيصية الإضافية، كما أفهم المخاطر و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون محتملة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أؤكد أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزف أو الألم أو الحساسية.

أفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أفهم أن كافة المطالبات الطبية و التاريخ الطبي الذي تقدمه لي قد تبقى الملف صحية. و أفهم أن أي مطالبات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفصاح عليها دون موافقتي.

أفهم أن رضى المطالبات لكافة تقديم هذا الإقرار و أن هذا التصريح قد تم شرحه لي بالكامل و أنني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و أنني وقعت عليه بكامل إرادتي.

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

..... / /

File No:

Date: / /

Patient Assessment

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Blood Type (نوعية الدم):

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (ضغط الدم): /

Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaints سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، اإخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (أدوية): Y / N

General & Clinical Findings التلاقط العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

52.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001291)

Date: 20-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000974 - FARAH AL ALI - 971522233118

The sum of Dhs. **Fifty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **52.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 20-09-2018

Being

Made by Ghada

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae