



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 23/9/2018

File Number: 1000984

اسم المريض:

Patient Name: Fahd Chaaban

Date Of Birth: 10/7/2015 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: Libanese Occupation: (الوظيفة)

Phone No. (رقم الهاتف): 0502031203

Address (العنوان): Darsah

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 أذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment حل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No لا/نعم	
Corticosteroids/immunosuppressant حل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم	
Allergies حل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم	
Surgical Operations, Serious illness حل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No لا/نعم	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب عضلات القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No لا/نعم	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants حل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No لا/نعم	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Yes/No لا/نعم	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No لا/نعم	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease حل تتعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم	
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للبنات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تتعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No لا/نعم	
Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No لا/نعم	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى	Yes/No لا/نعم	
Epilepsy, or any other neurological disease حل تتعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم	
Thyroid Diseases, Diabetes حل تتعاطى من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم	
Other conditions فيروس الأكلز، فيروس الحلاى البسيط، HIV...etc	Yes/No 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 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.

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بحاجه حائقي المرضيه التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المعتمد
- أتفهم ان بعض الإجراءات الطبيه والتشخيصيه الاضافيه قد تكون ضروريه من أجل تزويدي بالراحه الأفضل و خدمه الأفضل.
- أتفهم انه من الممكن ان يكشف الطبيب خلال العلاج امورا مختلفه عن ما فكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفه عن تلك المخطط لها .
- تفويض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبيه و العلاجيه اللازمه و المطليه بحكم خبرته الطبيه و الطبيه.
- أقر انه لم يتم تقديم اي ضمانات او تعين نتائج العلاجات و الإجراءات الطبيه او التجنيبيه المقصده لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجه عن عدم استعمال علاج حائقي المرضيه.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبه للفحوصات و الإجراءات العلاجيه و الجراحيه.
- و امرك ان بعض الإجراءات التشخيصيه و العلاجيه و الجراحيه قد تقوي الي مضاعفات كالالتهاب او القويوم أو التزيف أو الالام أو الحساسيه.
- أتفهم ان هناك رسوم بالنت الأخرى يجب علي دفعها مقابل خدمه العلاجيه و ان جميع الرسوم المطليه يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر ان كافة المعلومات الطبيه و التاريخ الطبي الذي قدمت لي تفحصي للعكف صحيحه و تفهم ان اي معلومات تتعلق بحائقي الصحيه ستبقى سريره تماما ولا يمكن الاطلاع عليها بدون موافقتي.
- أقر ان لدي المعلومات الكافيه لتفهم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وافقت عليه بكامل اراضي

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

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

Date: ... / ... /

التاريخ: ... / ... /

Patient Assessment

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Kid told his mom that he is in pain
 Pain go away when she brush

Disease History التاريخ المرضي

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، الحبال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Nothing Abnormal / 3 y/o

الفحص Examination

healthy Teeth

المصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Temporary Pain due to food impactions

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMl

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	Fahd,,,Chazaban	IDN:	784201507539514	Mother Name:	
Name (Ar)	فهد علاء, شحبان	Card Number:	075556994	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	LBN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	لبنان		
Issue Date:	26/10/2015	Sex:	M	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	28/09/2018	Date of Birth:	10/07/2015	Sponsor Name:	علاء فهد شحبان
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	12943337
Residency Type:	03	Residency Number:	10120153073237	Residency Expiry:	28/09/2018
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

No signature / إمضاء / بدون إمضاء

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

9/23/2018