



Date: 26/9/2018

Patient Name: Nawal Saqer

File Number: 1000992

Date Of Birth: 18/4/1984

Gender: M / ♂

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality: (الجنسية): Saudi

Occupation: (الوظيفة): Housewife

Address: (العنوان): ...

Phone No. (رقم الهاتف): 0115522997

E-MAIL: ...@gmail.com

How did you know about us: ...

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

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و العمل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تربيتي بالعلاج الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يحتاج الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي 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 الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعين النتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون محتملة للفحوصات و الإجراءات المادية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب أو التورم أو الألم أو الحساسية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة التعليمات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي تفهمي الملف الصحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدى التعليمات الكاملة لتقديم هذا الإقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وافقت عليه بكامل ارادتي

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

التاريخ: ... / ... / .....

## Patient Assessment

المؤشرات الحيوية  
Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للحياة  
Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية  
Allergies

الأدوية  
Medications

الحمل  
Pregnancy

عمليات سابقة ، احوال المستشفى  
Previous Surgeries, Hospitalization

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (دوائيات): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية  
General & Clinical Findings

الفحص  
Examination

المشع الشعاعية  
Radiography

التشخيص  
Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

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	Noora Hashem,Hassan Saqer	IDN:	784199570829392	Mother Name:	
Name (Ar)	نوره هاشم حسن صقر	Card Number:	077548905	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	COM	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	جزر القمر		
Issue Date:	17/03/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	06/03/2019	Date of Birth:	12/08/1995	Sponsor Name:	خاتبة مولى كمداد دوتسيه
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	32309014
Residency Type:	03	Residency Number:	30120163008277	Residency Expiry:	06/03/2019
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

9/26/2018