



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 29/9/2016

File Number: 1000994

Patient Name: Taghreed Nazir

Date Of Birth: 25/3/1999 | Gender: M [F]

Nationality: Syrian | Occupation: Subcontractor

Address (العنوان): Taj Al-Hadith, Taibah @ myqad.com

Phone No. (رقم الهاتف): 050627276

E-MAIL: How did you know about us:

الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم	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؟	Yes/No نعم/لا	
Coriosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم	
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 النزوف أو تتعاطى أي مميحات للدم؟	Yes/No نعم/لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) لو كيميا (فقن الدم)	Yes/No نعم/لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	Yes/No نعم/لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض يولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم/لا	
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للستيرات : هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تتعطين من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No نعم/لا	
Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	Yes/No نعم/لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	Yes/No نعم/لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم/لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم/لا	
Other conditions HIV...etc هل تعاني من أي امراض أخرى؟ فيروس نقص المناعة البشرية، فيروس نقص المناعة البشرية، HIV...etc	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 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.

تمودج اقرار 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 تنفيذ العلاج الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكشف 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 العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعهدات لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية العقبية لي، كما أفهم الخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون محتملة للفحوصات و الإجراءات العالجية و الجراحية.
- و امرت ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تقضي لي بمضاعفات كالالتهاب أو القوم أو النزف أو الألم أو الحساسية.
- أفهم أن مكال رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العالجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العالج.
- أقر أن كافة المطهبات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي قد تحمي الملف الصحية و أفهم ان اي مطهبات تتلقى بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان لدى المطهبات الالكترونية لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و التي قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و التي وقعت علي كامل ارادتي

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

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



Date: ... / ... /

التاريخ: 29... / 9... / 2018

File No:

Date: / /

Patient Assessment

المؤشرات الحيوية
Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة
Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

عمليات سابقة ، الجراحات السابقة ، عمليات المستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين: Y / N
Smoking

التدخين الكحولي: Y / N
Alcohol (التدخين الكحولي)

التدخين العقاقير: Y / N
Drugs (التدخين العقاقير)

العلامات العامة و السريرية
General & Clinical Findings

الفحص
Examination

الصور الشعاعية
Radiography

التشخيص
Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp:

.....

