



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

مودة... إيمان... جمال
Health ... Smile ... Beauty

Date: 29/9/2018

Patient Name: Muna Talib

File Number: 1000997

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 28/1/1978

Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): Iraq

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Shaikgah

Phone No. (رقم الهاتف): 0521026824

E-MAIL:

How did you know about us: Google

اسم العرض:

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؟	لا/نعم	لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مستحضرات أو مثبطات للمناعة؟	لا/نعم	لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا/نعم	لا
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لا/نعم	لا
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب عضلة القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا/نعم	لا
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف، أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا/نعم	لا
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا/نعم	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	لا/نعم	لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	لا/نعم	لا
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للستبيات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي حبوب للحمل؟ هل تتعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية	لا/نعم	لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	لا/نعم	لا
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى	لا/نعم	لا
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا/نعم	لا
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا/نعم	لا
Other conditions MSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا السسيط، HIV...etc	لا/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 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 اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و العيول.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويتي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يتكشف 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 الامدادات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تفهم أي ضمانات أو نتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التشخيصية المتبقية لي، كما أتفهم المخاطر و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية الفحوصات و الإجراءات الملاحية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالاقتراب أو التورم أو الألم أو الحساسية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي شخصي للطاقم الصحية و اتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.
- أقر أن لدى المعلومات الكاملة لتفهم هذا الإقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فحيت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه و كامل برادتي

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

التاريخ: ... / ... / ...

Patient Assessment

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (دم ضغط الدم): /

Blood Type (دم فصيلة الدم):

Blood Sugar (دم سكر):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للحياة

Disease History التاريخ المرضي:

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، أحوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تحتاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings
ملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

المصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan **علاج**

Doctor's Signature and Stamp

.....

United Arab Emirates
Driving License
دولة الإمارات العربية المتحدة
رخصة قيادة



رقم الرخصة
الإسمية: 549740
مضى طالب عبد

الاسم: MUNA TALIB ABED
الجنسية: IRAQ
تاريخ الميلاد: 28-01-1978
تاريخ الإصدار: 03-12-2013
تاريخ الانتهاء: 02-12-2023
جهة الإصدار: SHARJAH

سلطة الترخيص
SHTR19030
Licensing Authority