



File No: 101022

Date: 7/10/18

Date: 7/10/18

File Number: 1001022

Patient Name: Samira Ghraizi

إسم المريض:

Date Of Birth: 4/7/1979 Gender: M (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: (الجنسية):

Occupation: (الوظيفة):

Address: (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 05662967010

E-MAIL:

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition		
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟		Vitamins
Cortisteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟		
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيعات للدم؟		
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، المل، أمراض أخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions HSV, HIV...etc	No	



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.

نموذج إقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حاتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا 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 تأمين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حاتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف 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 قدمته لدي قد بقي الملف صحيحة و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الإفلاخ عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكافية لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

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

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

Date: ... / ... /

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (المصية الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (الضغط الدم):	/	Blood Sugar (السكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة , ايجال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (العقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Evaluation and Consent Form for Treatment with Filler/ Botox

يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بشكل دقيق

هل أنت حامل أو تقومين بالإرضاع حالياً؟ نعم / لا

هل لديك أي حساسية؟ نعم / لا

هل تتلقين أي علاجات حالياً؟ نعم / لا

إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل.....

هل قمت سابقاً بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا

إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل.....

هل قمت سابقاً بأي علاج باستخدام البوتوكس أو الفيلر؟ نعم / لا

إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل.....

ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟
.....

هل عانيت من أي أعراض جانبية بعد العلاج؟
.....

هل عانيت من أي امراض مناعية؟ نعم / لا

هل تعاني من أي التهابات أو امراض جلدية؟ نعم / لا

هل تناولت أي ستيرويدات أو مسهلات أو مميعات الدم؟ نعم / لا

هل تعاني من أي حساسية خصوصاً تجاه حمض الهالورنيك أو التخثير الموضعي أو الليدوكاين؟ نعم / لا

هل تعاني من تضخم الثدي؟ نعم / لا

هل تعاني من أي مشاكل أو امراض قلبية؟ نعم / لا

إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل.....

أقر أنني قد حضرت إلى مركز أوركيد الطبي للحصول على العلاج باستخدام حقن البوتوكس والفيلر.

أفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري وأني قد وقعت هذا الإقرار بإرادتي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر/البوتوكس لإعادة التضارئة للوجه وتحسين مظهر الشفاه وتغيير مظهرها أو إعادة تضاريس الوجه، أو إخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة وحول العين.

I hereby consent that I have come to orchid medical center for Treatment with Botox / Filler.

I understand this is an elective procedure and I hereby voluntarily consent to treatment with dermal fillers for facial rejuvenation, lip enhancement, establish proper lip and smile lines, and replacing facial volume, or remove any unwanted wrinkles around eyes and forehead. The procedure has been fully explained to me. I also understand that any treatment performed is between me and the doctor/healthcare provider who is treating me and I will direct all post-operative questions or concerns to the treating clinician. I have read the above and understand it. My questions have been answered satisfactorily. I accept the risks and complications of the procedure and I understand that no guarantees are implied as to the outcome of the procedure. I also certify that if I have any changes in my medical history I will notify the doctor/healthcare professional who treated me immediately.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الإقرار والتقييم أو تمت قراءته لي وأنا على علم مسؤولة التقييم في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

أفهم أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل وأني سوف أوجه جميع الأسئلة والاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الإقرار والتقييم أو تمت قراءته لي وأنا على علم مسؤولة التقييم في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

أفهم أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل وأني سوف أوجه جميع الأسئلة والاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الإقرار والتقييم أو تمت قراءته لي وأنا على علم مسؤولة التقييم في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

أفهم أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل وأني سوف أوجه جميع الأسئلة والاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الإقرار والتقييم أو تمت قراءته لي وأنا على علم مسؤولة التقييم في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

أفهم أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل وأني سوف أوجه جميع الأسئلة والاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الإقرار والتقييم أو تمت قراءته لي وأنا على علم مسؤولة التقييم في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

أفهم أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل وأني سوف أوجه جميع الأسئلة والاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الإقرار والتقييم أو تمت قراءته لي وأنا على علم مسؤولة التقييم في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

أفهم أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل وأني سوف أوجه جميع الأسئلة والاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الإقرار والتقييم أو تمت قراءته لي وأنا على علم مسؤولة التقييم في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

أفهم أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل وأني سوف أوجه جميع الأسئلة والاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الإقرار والتقييم أو تمت قراءته لي وأنا على علم مسؤولة التقييم في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

أفهم أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل وأني سوف أوجه جميع الأسئلة والاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الإقرار والتقييم أو تمت قراءته لي وأنا على علم مسؤولة التقييم في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

أفهم أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل وأني سوف أوجه جميع الأسئلة والاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الإقرار والتقييم أو تمت قراءته لي وأنا على علم مسؤولة التقييم في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

أفهم أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل وأني سوف أوجه جميع الأسئلة والاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الإقرار والتقييم أو تمت قراءته لي وأنا على علم مسؤولة التقييم في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

أفهم أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل وأني سوف أوجه جميع الأسئلة والاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الإقرار والتقييم أو تمت قراءته لي وأنا على علم مسؤولة التقييم في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

أفهم أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل وأني سوف أوجه جميع الأسئلة والاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الإقرار والتقييم أو تمت قراءته لي وأنا على علم مسؤولة التقييم في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

أفهم أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل وأني سوف أوجه جميع الأسئلة والاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الإقرار والتقييم أو تمت قراءته لي وأنا على علم مسؤولة التقييم في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

أفهم أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل وأني سوف أوجه جميع الأسئلة والاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الإقرار والتقييم أو تمت قراءته لي وأنا على علم مسؤولة التقييم في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

أفهم أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل وأني سوف أوجه جميع الأسئلة والاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الإقرار والتقييم أو تمت قراءته لي وأنا على علم مسؤولة التقييم في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

أفهم أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل وأني سوف أوجه جميع الأسئلة والاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الإقرار والتقييم أو تمت قراءته لي وأنا على علم مسؤولة التقييم في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

أفهم أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل وأني سوف أوجه جميع الأسئلة والاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد المعالجة.

Patient Name and Signature

Doctor's I

Date: ... / ... /

التاريخ: 2018/01/07

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO

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	Samira,,,Ghraizi	IDN:	784197960207518	Mother Name:	
Name (Ar)	سميرة فؤاد,,,غزيري	Card Number:	090814442	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	LBN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	لبنان		
Issue Date:	12/09/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	10/09/2020	Date of Birth:	04/07/1979	Sponsor Name:	راند امين حليمه
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	07916871
Residency Type:	03	Residency Number:	20120123153160	Residency Expiry:	10/09/2020
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

10/7/2018