



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1001051

Date: 21/10/2018

Date: 21/10/2018

File Number: 1001051

Patient Name: Afra Zargari

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 19/12/33 Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Iran

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Diabai

Phone No. (رقم الهاتف): 0554399443

E-MAIL:

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي امراض؟	نعم	التهبة
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميحات الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، لويميا (نقر الدم)	نعم	فقر الدم
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	نعم	زهوي والهربس
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح الحمل؟ هل تعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط etc HSV, HIV...etc	لا	

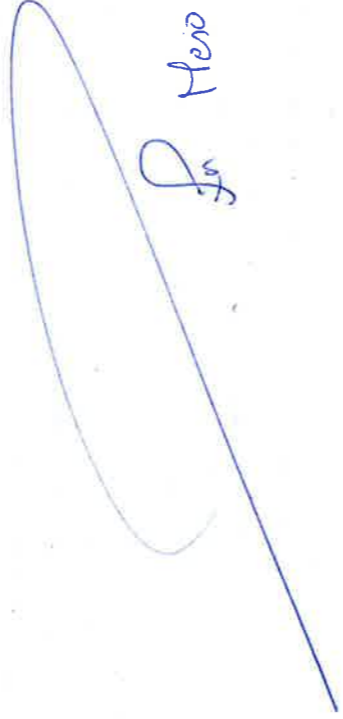
Treatment Plan خطة العلاج

Pico 200 10 fermal

clo A.G.A

→ Glycopy 200 T.D

Zen 50 ON
Alum 200



Dr. Heno

Doctor's Signature and Stamp

.....



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 بإجراء حالي 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 الأنسب و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف 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 تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقصدة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ابرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزف 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 لي ينتمي للملف الصحية و أتفهم أن أي معلومات تتطابق بحالي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان هذا التوقيع قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل اراستي

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

التاريخ: 24/10/18

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (الكلغ): Weight (kg):	Kg	الطول (السم): Height (cm):	cm	نوعية الدم: Blood Type:
النبض (النبضات): Pulse (bpm):	ppm	الضغط الدموي (السم): Blood Pressure (mmHg):	/	السكر الدموي: Blood Sugar (mg/dL):

سبب زيارة المريض للمعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

الجراحات السابقة، الاستشفاء: Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات شافية ، احوال للمستشفى

التدخين (التدخين): Smoking (Y / N)

الكحول (الكحول): Alcohol (Y / N)

الأدوية (الأدوية): Drugs (Y / N)

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

United Arab Emirates
رئاسة الإمارات العربية المتحدة

Driving License
رخصة قيادة

1878584
رقم الرخصة

Alra Yarnhammad Zargari
اسم الرخصة

Iran
الجنسية

01/09/1993
تاريخ الميلاد

02/03/2013
تاريخ الترخيص

02/03/2025
تاريخ الانتهاء

Dubai
موقع الإصدار

AV3329
رقم الرخصة

