



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1001054

Date: 16 / 10 / 2018

Date: 16 / 10 / 2018

File Number: 1001054

Patient Name: Lara EL Saadi

اسم المريض:

Date Of Birth: 29 / 10 / 1983 Gender: M / F

Marital Status: (الجماعية):

Nationality: Palestinian (الجنسية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0504973147

Address (العنوان): Sharjah

E-MAIL: How did you know about us: Google

| التاريخ الطبي Medical History  |                 |  |
|--|-----------------|--|
| الحالة الطبية Medical Condition  | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديداً؟  | NO              |  |
| Corticosteroids/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 تتلقى من أي امراض؟   | NO              |  |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب | NO              |  |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟  | NO              |  |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (نقر الدم)،   | NO              |  |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى   | NO              |  |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تتلقى من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟  | NO              |  |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي ملحق للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟   | NO              |  |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى   | NO              |  |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟   | NO              |  |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تتلقى من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟  | NO              |  |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تتلقى من مرض السكري أو الغدة الدرقية؟  | NO              |  |
| Other conditions فيروس الايدز، فيروس الحلا السيط 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.

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

Date: 19/10/2018

### نموذج أقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و القول،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكر في القصر 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 لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقامة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للقصورات أو الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالتهاب 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمته لدى تلقي الملف صحية و تفهم أن أي معلومات تتفق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و أن هذا النوع قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

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

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض العيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات 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

.....



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO\*

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            | Lara, Ghaleb, El Saadi | IDN:              | 784198332503576 | Mother Name:      |                                   |
| Name (Ar)       | لارى، غلب، السعدي      | Card Number:      | 078003618       | Mother Name (Ar): |                                   |
| Title:          |                        | Nationality:      | PSE             | Family ID:        |                                   |
| Title(Ar):      |                        | Nationality (Ar): | فلسطين          |                   |                                   |
| Issue Date:     | 13/04/2016             | Sex:              | F               | Sponsor Type:     | 06                                |
| Expiry Date:    | 10/04/2019             | Date of Birth:    | 29/10/1983      | Sponsor Name:     | كريديت سويس اى جى - المركز الوطنى |
| Marital Status: | 02                     | Husband IDN:      |                 | Sponsor Number:   | 00                                |
| Residency Type: | 07                     | Residency Number: | 20120077100438  | Residency Expiry: | 10/04/2019                        |
| ID Type:        | IL                     | Occupation:       | 3431            | Occupation Field: | 15                                |



Photo

Signature Image

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

10/16/2018