



File No: ١٥٠١١٥٦

Date: ١٥ / ١١ / ٢٠١٨

Date: ٢٠١٨ / ١١ / ١٥

File Number: ١٥٠١١٥٦

Patient Name: Shaud Al Shamsi

Date Of Birth: 29 / 4 / 1988 Gender: M / F

Marital Status: (الجماعية) Single

Nationality: (الجنسية) Saudi

Occupation: (الوظيفة) Student

Address: Shaaljah

Phone No. (رقم الهاتف): 6557878

How did you know about us: Instagram

E-MAIL:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم فكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حالية؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تلقيت من أي أمراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مضيق للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) لحمية (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعب، السل، أمراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع الحمل؟ هل تتعاطين من مضائل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفرا (أو أي أمراض كبدية أخرى)	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions فيروس الإيدز، فيروس الحصا، التيسيط etc	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.

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- تعلم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تشخيصي بالعلاج الأنظف و الأفضل.
- تعلم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في القمص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و الدوائية اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعمين لتوقع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المعقمة لي كما تقدم المخاطر و المضاعفات الناتجة عن عدم استعمال علاج حالتي المرضية.
- تعلم تماما كافة المخاطر و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات المادية و الجراحية.
- و امرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و المادية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب أو التقيؤ أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- تعلم أن هناك رسوم بأحد الأيدي يجب علي تقديمها مقابل الخدمة المادية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي التي قدمت لي هي صحي و دقيقة و سليمة و أقر ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الإفشاء عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكافية لتقديم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

توقيع المريض / ولي الأمر لمن هم دون السن القانونية):

Date: ... / ... /

التاريخ: ... / ... /

٢٠١١ / ١١ / ٢٥

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

Vital Signs المؤشرات الحيوية	
Weight (الوزن): kg	Height (الطول): cm
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (ضغط الدم): /
	Blood Types (نوع الدم):
	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض العيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (دوائيات): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

المشعيات الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp
.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

Public Data Readed Successful

SHOW READED DATA

Confirm 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	Ohoud,Obaid,Ibrahim,Bukhatir,Alstamsi	IDN:	784198082903927	Mother Name:	Suad Khaifan
Name (Ar)	عهود.عبد.ابراهيم.بوكثير.الستامسي	Card Number:	088033534	Mother Name (Ar):	سعاد خائفان
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	301019360
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	07/03/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	07/03/2028	Date of Birth:	29/04/1980	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

11/10/2018