



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إنسانة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

File No: 1001157

Date: 10 / 11 / 2018

Date: 10 / 11 / 2018

File Number: 1001157

Patient Name: Maiyam Ayacka

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 19 / 3 / 1971

Gender (الجنس): M / ♂

إسم المريض:

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Lebanon

Occupation (الوظيفة):

ربة منزل

Address (العنوان): Shamsah

Phone No. (رقم الهاتف): 050.6349988

E-MAIL:

How did you know about us: ملاصحت

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		نعم
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي عقاقير أو مثبطات للمناعة؟		لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟		لا
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تلقيت من أي أمراض؟		نعم
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 مميعات الدم؟		لا
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا		لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبتين، السل، أمراض أخرى		لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تتعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		لا
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملاحق للحمل؟ هل تتعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، 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 تتعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		لا
Thyroid Diseases, Diabetes هل تتعاطى من مرض الغدة الدرقية؟		نعم
Other conditions HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا السوط...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.

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 المؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويض و علاج الأذى و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يحتاج الطبيب خلال العلاج أمراً مختلفاً عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج واختار كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرةه المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تفهيم لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقيدة لي كما تفهم الخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استعمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الإختار و المضاعفات التي قد تكون حاصلة القيصات و الإجراءات العاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالإصابة أو التقيؤ أو النزيف أو الألم أو الحساسية.
- أتفهم أن هناك رسوم و بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسد بالكامل قبل الإقتداء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمته أنه تخفي الملف الصحية و اعظم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفشاء عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و الذي قد قرأت و قيمت جميع تفاصيله بالكامل و اتفق وقت علي تكامل الوثائق

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

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

للمؤشرات الحيوية Vital Signs	
الوزن (kg): Weight	الارتفاع (cm): Height
النبض (ppm): Pulse	ضغط الدم (mmHg): Blood Pressure
	نوع الدم (Blood Type): Blood Types
	سكر الدم (Blood Sugar): Blood Sugar

سبب زيارة المريض العيانية Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

الجراحات السابقة، دخول المستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (Smoking): Y / N

الكحول (Alcohol): Y / N

الأدوية (Drugs): Y / N

ملاحظات عامة وسريعة General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

10/11/2018

class 1 6
composite

150

Dhs.

Dr. Doha

Doctors 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	Mariam,,,Ayache	IDN:	784197152849689	Mother Name:	
Name (Ar)	مريم علي,,,عياش	Card Number:	079190963	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	LBN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	لبنان		
Issue Date:	12/07/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	02/07/2019	Date of Birth:	19/03/1971	Sponsor Name:	علي نايف عياش
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	51858957
Residency Type:	03	Residency Number:	20120163080205	Residency Expiry:	02/07/2019
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

11/10/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

150.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001656)

Date:10-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001157 - MARIAM AYACHE - 971506343988

The sum of Dhs. One Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 150.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 10-11-2018

Being

Made by Ghada

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae