



Date: 2018 / 12 / 20
Patient Name: Amal Moutid
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 24 / 09 / 1988 Gender: M / F
Nationality (الجنسية): Canada Occupation:
Address (العنوان):
E-MAIL:
File Number: 1001359
اسم المريض:
Marital Status: (الحالة الاجتماعية):
Phone No. (رقم الهاتف): 0501187906
How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Medical Condition الحالة الطبية		
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	NO	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مسكّنات للألم أو مسكّنات للمناعية؟	NO	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	YES	Penicillin Carb
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطيت من أي أمراض؟	NO	
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 مميعات الدم؟	NO	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، Tuberculosis أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)، توكيميا	YES	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	NO	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطيت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	NO	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ممانع للحمل؟ هل تعطين من مسكّنات في الدورة الشهرية؟	NO	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، 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 تعاطيت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	NO	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطيت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	NO	
Other conditions هل تعاطيت من أي أمراض أخرى؟ 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 حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و الموكل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر 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 العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التشخيصية المعقدة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الصلابة

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 الشفية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فني للشف صحة و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الإفصاح عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار 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 (من دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

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

Amaal Mansour

Date: 26/12/18

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg
Pulse (النبض): ppm

Height (الطول): cm
Blood Pressure (ضغط الدم): /

Blood Type (نوعية الدم):
Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ائحال 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

خطة العلاج Treatment Plan

26-12-18

Small cyst of IT u. eyelid
→ Conting done

+ Fluoreon o for Post-Lane bar



Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI
D50047
Specialist Dermatology

21/2019 F.u.p.

Re conting



Doctor's Signature and Stamp

United Arab Emirates

Resident Identity Card



دولة الإمارات العربية المتحدة

بطاقة هوية مقيم

ID Number / رقم الهوية /
784-1980-9085432-8



الإسم: أمل مفيد

Name: Amal Moutfid

Nationality: Canada

الجنسية: كندا



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002081)

Date:26-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001359 - AMAL MOUFID - 971504187006

The sum of Dhs. **Two Hundred Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **200.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 26-12-2018

Being

Made by Ghada 

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