



Date: ٢٠٢٣ / ١ / ٦
File Number: ١٥٥.١٤١٨
Patient Name: Oula AL Mohani
اسم المريض: عؤلا المحمدي
Date Of Birth: ١٩٩٦ / ٨ / ٣ : (تاريخ الميلاد)
Marital Status: (M / F) (الحالة الاجتماعية)
Nationality: (الجنسية)
Occupation: (الوظيفة)
Address: (العنوان)
Phone No. (رقم الهاتف): ٥٥.٦٨٨.٧٩٠.٨٨٥
E-MAIL: (البريد الإلكتروني)
How did you know about us: Google

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	لا / نعم
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	X
Allergies هل لديك أي حساسية؟	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	X
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات الدم؟	X
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	X
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	X
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	X
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تعاطين أي منع للحمل؟ هل تعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	X
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	X
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	X
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	X
Other conditions فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	X



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 أقرار طبي

أوافق وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.

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

أتفهم أنه من الممكن أن يتكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة والمطلوبة بحكم خبرته المهنية والعلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعهيد لتنتج العلاجات والإجراءات الطبية أو التجميلية المقصدة لي، كما أتفهم الاضرار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاضرار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعمليات والإجراءات العلاجية والجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف 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 والتاريخ الطبي الذي قمته لدى قسمي الملف صحيحة. و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها لكون مراقبي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل إرادتي

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

التاريخ: ... / ... /

استمار تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg Blood Type (نمىة الدم):
Height (الطول): cm Blood Sugar (سكر الدم):
Pulse (النمى): ppm Blood Pressure (دمفط الدم): /

سبب زيارة المريض للعبادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسفة Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عملفات سابقة , اءخال للمستشفى

Smoking (التفخفن): Y / N

Alcohol (الكول): Y / N

Drugs (تعاظف العاقفن): Y / N

الملاحظات العامة و السربرفة General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعفة Radiography

التفخفن Diagnosis

خطة العلاج Treatment Plan

6-1-2019

7 P30

Rhynex rubane

68 ISF

Ru Polamini BM

51 unca

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI
D50047
Specialist Dermatology

16.1 Fup 796 129

Case in like percutaneous C. teropotheca

Doctor's Signature and Stamp
 The song TIO x 30
 locoid 00 x 3 day only

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI
D50047
Specialist Dermatology

2019/1/21
 hand's douching → Paprosaki

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQXO

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	Oula, Awni, Qasim, Almomani	IDN:	784198670636483	Mother Name:	
Name (Ar)	علاء عوني قاسم المومني	Card Number:	080249521	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	04/10/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	27/09/2019	Date of Birth:	13/08/1986	Sponsor Name:	ابراهيم فيصل محمد العمري
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	26748780
Residency Type:	03	Residency Number:	20120163112686	Residency Expiry:	27/09/2019
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

1/6/2019



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002216)

Date:06-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001418 - OULA AL MOMANI - 971561101159

The sum of Dhs. Two Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 200.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-01-2019

Being

Made by Ghada

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

Name : Ola Almomani
Sex : Female
Date Of Birth : 32 Y
Referred By : Dr. Mohamad Fayez Badawi
Receiving Date : JAN-15-19 06:05 PM
Insurance Company :
Indication :

Clinic File No. :
Lab File No. : 1901-00470
Lab. Case No. : 46146
Clinic Name : Orchid Medical Center
Reporting Date : JAN-16-19 10:50 AM
Insurance No. :

IMMUNOLOGY / SEROLOGY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Immunoglobulin E (IgE) Sample Type Serum	129.0	IU/mL	< 100	

End of Report

* Samples are processed on the same day of request unless indicated
* Results reported are for the samples received and reference range is age related when applicable

Ashar



Mona

Analysed by : Ashar Al Rabie
Medical Laboratory Technologist
License No : T19042

Verified by : Dr. Mona Mohamed Hagrass
Clinical Pathologist
License No : D42240

Final Report
Page 1 of 1

Printed by : Er-Fe Heart Ballnoit
Flat 203, Union National Bank Bldg, Al Buhaira Cornich St., Al Majaz, P.O. Box: 65238, Sharjah, U.A.E
Tel : +971 6 551 9916, Fax : +971 6 551 9917, E-mail: daralhikmah2012@gmail.com

Printed on : JAN-16-19 11:42 AM