



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 12/1/2019

File Number: 1001458

Patient Name: Fatima Zahra

Boader Den

إسم المريض:

Date Of Birth: 4/6/1994

Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: Mar. Can

Occupation:

Address: سوق الجبل

Phone No. (رقم الهاتف): 056 4884434

E-MAIL:

How did you know about us: كاسمك

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؟	لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لا
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، 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 للدم؟	لا
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منتج للحمل؟ هل تعانين 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 تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا
Other conditions HSV, HIV...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 تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أقرض 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 المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي كالاتهاب أو التورم أو التزيف أو الألم أو الحساسية المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات الجراحية و الجراحية و العلاجات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو التزيف أو الألم أو الحساسية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحتي الملف صحيحة و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بصحتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا الاقرار 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 هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم):	/	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 ، ادخال للمستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

خطة العلاج Treatment Plan

Doctor's Signature and Stamp

.....

استمارة الموافقة على التثقيب

اسم العيادة: _____
عنوان العيادة: _____
اسم المريض: _____
تاريخ الميلاد:/...../..... إذا كان أقل من 24 شهر، هل قاموا بأخذ جرعات التطعيم [نعم] [لا]
عنوان المريض: _____

الدولة: _____

المنطقة: _____

رقم الجوال: _____ البريد الإلكتروني: _____

رقم التثقيب
رمز المنتج

أصرح بموجبيه بأن يتم عمل ثقب لي/لطفلي/لحفدي _____ ، ولقد قرأت وفهمت المعلومات التالية المهمة جداً المتعلقة بالحد من أو تقليل المشاكل بعد ثقب الجسم والرعاية أثناء وبعد ثقب الجسد. وبموجب توقيمي أدناه قانتي أقر بما يلي:

- أنا/هو/هي ليس تحت رعاية طبيب/أطباء عن أي حالة طبية أو خلافها تمنع إجراء تثقيب الجسد.
- أنا/هو/هي لا اعاني/تعاني من أي من أمراض السكري أو الصرع أو نقص المناعة المكتسبة/الايدز أو الهيموفيليا أو النوخة أو أي من امراض القلب، كذلك لا أقع تحت تأثير وصفة دوائية أو دواء منتظم مثل أدوية سيولة الدم.
- أنا لست تحت تأثير المخدرات أو الكحول ولست حاملاً.
- تم إبلاغي عن عملية التثقيب وتم منحي نسخة من إرشادات الرعاية بعد التثقيب وقد قرأتها وفهمتها. أدرك أن إرشادات الرعاية بعد التثقيب تختلف استناداً على ما إذا كان التثقيب في فخذ الأذن أو عضروف الأذن أو الألف أو البطن أو السرة. لقد إطلعت على الاختلافات.
- أدرك احتمال حدوث عدوى بسبب سوء النظافة الصحية أو حساسية المعادن أو لأي أسباب أخرى،
- ولكن العدوى الأكثر شيوعاً ترجع إلى الفشل في اتباع إرشادات العناية الموصى بها بعد التثقيب.
- أفهم وأدرك أن ثقب الأذن في عضروف الأذن قد ينطوي على خطر أكبر في الإحمرار والتورم والعدوى بسبب طبيعة منطقة تثقيب الأذن وأوافق على هذا الخطر بكامل إدراكي.
- أدرك انه بسبب طبيعة التثقيب وتعرض المناطق التي تم تثقيبها حديثاً لبنيات محددة مثل السباحة والمشاركة في الفعاليات الرياضية فقد يزيد احتمال حدوث عدوى.
- التزم بالتثقيب بإرشادات العناية الموصى بها بعد التثقيب.
- في حالة ثقب البطن/السرة أدرك أن بشرتي/جسمي قد يرفض المعدن الخارجي مما قد يتسبب في الغلق الثقب.
- أبلغ من العمر أكثر من _____ سنة أو في حال الموافقة نيابة عن قاصر لم يبلغ سن التأهل أقر بأنني والد أو ولي الأمر القانوني لذلك القاصر وأدرك أن توقيع القاصر يعتبر من أعمال التزوير.

بموجب التوقيع على استمارة الموافقة على تثقيب الجسم، أقر بموجبه أنني أدرك اجراءات العناية بعد التثقيب وخطر العدوى. وبما أنني أدرك المخاطر فأنتي وأوافق على أن يتم تثقيبني/تثقيب ابنتي/تثقيب ابني _____ إلى المدى المسموح به بموجب القانون، وأتحمل طواعية كافة المسؤولية عن أي إصابة أو فقدان من أي نوع قد ترتبط بإجراءات التثقيب. وإذا كنت أوقع بصفتي والد أو ولي أمر قانوني نيابة عن قاصر فسوف أتحصل المسؤولية وأقوم بتعويض العيادة وموظفيها والشركة المصنعة والموردين والموزعين والمروجين وكذلك أدرك أن إدلائي بأي إفادة كاذبة يشكل تزويراً.

توقيع المريض/الوالد/ولي الأمر القانوني (إذا كان المريض تحت السن القانونية، فيجب التوقيع ههنا بواسطة الوالد أو ولي الأمر القانوني): _____

التاريخ: _____

المهني الطبي: _____

التأجيل: _____

نسخة العيادة



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002294)

Date:12-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001458 - FATIMAZAHRA BOUYERDEN - 971564884434**The sum of Dhs. **Two Hundred Sixty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **262.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **12-01-2019**

Being

Made by **FATEN**

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