



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 14 / 01 / 2019
File Number: 1001475
Patient Name: Sentia Abdallah Satar
اسم المريض:
Date Of Birth: 01/06/1986 Gender: M (F)
Marital Status: (الحالة الاجتماعية):
Nationality: Syrian Occupation:
Phone No. (رقم الهاتف): 0503409581
Address (العنوان): Shaykh
How did you know about us: Family
E-MAIL:

| التاريخ الطبي Medical History | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل |
|---|--------------------|---|
| الحالة الطبية Medical Condition | | |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟ | No | |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟ | No | |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟ | No | |
| Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى 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) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) | No | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى | No | |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ | No | |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل 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 تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | No | |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ | No | |
| Other conditions هل تعاطى من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا السسيط...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.

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

Date: 14 / 1 / 2019

Date: ... / ... /

Cynthia

نموذج اقرار 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 يكتشف 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 والطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو نتائج لتنتج العلاجات والإجراءات الطبية أو التخيلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار والمضاعفات التي قد تكون مصحبة للقوسمات والإجراءات العلاجية والجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالأدنى 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 قدمته لدى قسمي الملف صحيحة. و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها بدون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار وان 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):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

| | | | | |
|-----------------|-----|----------------------------|----|-------------------------|
| Weight (الوزن): | Kg | Height (الطول): | cm | Blood Type (نصبة الدم): |
| Pulse (النبض): | ppm | Blood Pressure (ضغط 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 , ايجال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N N

Alcohol (الكحول): Y / N Y N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N Y N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

خطة العلاج Treatment Plan

Doctor's 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 | Sentia,Abdallah,,Safar | IDN: | 784198616195404 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | سنتيا عبد الله صفر | Card Number: | 090634825 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | SYR | Family ID: | |
| Title (Ar): | | Nationality (Ar): | الجمهورية العربية السورية | | |
| Issue Date: | 30/08/2018 | Sex: | F | Sponsor Type: | 06 |
| Expiry Date: | 24/05/2020 | Date of Birth: | 01/06/1986 | Sponsor Name: | الإستشارات المتكوره في تقنيه المطومات - اى - 2 تى سى |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 00 |
| Residency Type: | 02 | Residency Number: | 20120162198703 | Residency Expiry: | 24/05/2020 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 04 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

cynhwica

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

1/14/2019



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

150.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002322)

Date: 14-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001475 - SENTIA SAFAR - 971503409581

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 14-01-2019

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002361)

Date:19-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001475 - SENTIA SAFAR - 971503409581

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: 19-01-2019

Being

Made by **FATEN**

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