



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: ١٥٥١٦٨٦

Date 27/2/2019

Date: 27/2/2019 File Number: ١٥٥١٦٨٦  
Patient Name: Shaimea Saleh  
Date Of Birth: ١٠/١٠/٢٥٠٠ / ... / ٢٥٠٠ Gender: M / (F) Marital Status: (الحالة الاجتماعية): متزوج  
Nationality: (الجنسية): سورية Occupation: (الوظيفة): معلمة  
Address (العنوان): ... (الحياتية) ...  
E-MAIL: s.h.y.m.saleh@orchidmc.com Phone No. (رقم الهاتف): 052/67888650  
How did you know about us: .....

| التاريخ الطبي Medical History   |                    |   |
|---|--------------------|---|
| الحالة الطبية Medical Condition   | Yes/No<br>نعم / لا | If 'YES' give details<br>إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment<br>هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟   | ✓                  |   |
| Corticosteroids/Immunosuppressant<br>هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟  | ✓                  |   |
| Allergies<br>هل لديك أي حساسية؟   | ✓                  |   |
| Surgical Operations, Serious Illness<br>هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟   | ✓                  |   |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease<br>جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | ✓                  |   |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants<br>هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي ممييعات للدم؟   | ✓                  |   |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)<br>أنيميا (قفر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)   | ✓                  |   |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other<br>أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى   | ✓                  |   |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease<br>هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟  | ✓                  |   |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems<br>هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟   | ✓                  |   |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases<br>التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى   | ✓                  |   |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other<br>قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟   | ✓                  |   |
| Epilepsy, or any other neurological disease<br>هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟  | ✓                  |   |
| Thyroid Diseases, Diabetes<br>هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟  | ✓                  |   |
| Other conditions<br>HIV, HIV ...etc<br>هل تعاني من أي أمراض أخرى؟<br>فيروس الإيدز، فيروس الحلا النسيط etc   | ✓                  |   |



### 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 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 يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية و مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج بالتفويض كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تفويض لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الإخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أركز أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى 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 و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قد قُبلت السلف صحيحة و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفصاح عليها دون موافقتي.
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار 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: ١٩ / ٠٤ / ٢٠١٩

اسمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

|                 |     |                            |    |                             |
|-----------------|-----|----------------------------|----|-----------------------------|
| Weight (الوزن): | Kg  | Height (الطول):            | cm | Blood Type (الم فصية الدم): |
| Pulse (النبض):  | ppm | Blood Pressure (مضط 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 ، امدال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (تعاطي الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis


خطة العلاج Treatment Plan

27-2-2019

Multiph. act. / epithelid of face  
+ sktigr of neck

Rx: Hi Qum  
- 30<sup>+</sup> SPF Coler - spray  
Atfeleris

For Q Sunbath - 20

\* Fine Cautery  
  
Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI  
D50047  
Specialist Dermatology

Plasma Pen used for multiph

sktigr of neck

Doctor's Signature and Stamp



23/3/2019

Touch up



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**

|                        |                          |                          |                 |                          |                           |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|---------------------------|
| <b>Name</b>            | Shimaa Mohd,Saleh,,Qadan | <b>IDN:</b>              | 784198365802689 | <b>Mother Name:</b>      |                           |
| <b>Name (Ar)</b>       | شيماء محمد صالح,,قادن    | <b>Card Number:</b>      | 093240127       | <b>Mother Name (Ar):</b> |                           |
| <b>Title:</b>          |                          | <b>Nationality:</b>      | JOR             | <b>Family ID:</b>        |                           |
| <b>Title(Ar):</b>      |                          | <b>Nationality (Ar):</b> | الأردن          |                          |                           |
| <b>Issue Date:</b>     | 20/02/2019               | <b>Sex:</b>              | F               | <b>Sponsor Type:</b>     | 06                        |
| <b>Expiry Date:</b>    | 18/02/2022               | <b>Date of Birth:</b>    | 17/04/1983      | <b>Sponsor Name:</b>     | (التعبئة للخدمات (ش.ذ.م.م |
| <b>Marital Status:</b> | 01                       | <b>Husband IDN:</b>      |                 | <b>Sponsor Number:</b>   | 00                        |
| <b>Residency Type:</b> | 07                       | <b>Residency Number:</b> | 20120197129375  | <b>Residency Expiry:</b> | 18/02/2022                |
| <b>ID Type:</b>        | IL                       | <b>Occupation:</b>       | 98              | <b>Occupation Field:</b> | 00                        |

Photo



Signature Image

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

2/27/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 840.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002778

Date: 27-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001686 - SHAIMAA SALEH - 971526788860**The sum of Dhs. **Eight Hundred Fourty Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **840.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE Q SWITCH TREATMENT+ VAT**Paid by **Hiba**

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