



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 20/6/19

Date: 20/6/2019

File Number: 1002362

Patient Name: Alaa Mohamed Mohamed Al Hassan

إسم المريض:

Date Of Birth: 6/11/1990

Gender: M (X) F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: Sudanese

Occupation: Writer

How did you know about us: Instagram

Address: Al Taawun / Al Khan Manzila 5

Phone No. (رقم الهاتف): 0527988787

E-MAIL: k.k.m.h.202@gmail.com

How did you know about us: Instagram

| التاريخ الطبي | |
|---|--------------------|
| الحالة الطبية | Yes/No نعم / لا |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟ | ✓ |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟ | No |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟ | ✓ |
| Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟ | No |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، 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 مميعةات للدم؟ | No |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) | No |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى | No |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني 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 تعانين 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 تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | No |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟ | No |
| Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HIV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط | 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.

I am fully aware that any payments is NON refundable

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

Date: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

أوافق وأسمح 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 والتي 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 تامين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي. كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية 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 و التاريخ الطبي الذي قدمته لي قضي الملف الصحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكمال ارادتي

أنا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

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

التاريخ: ٢٠١٩ / ٦ / ٢٠

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

| | | | | | |
|-----------------|-----|------------------------------|----|---------------------------|--|
| Weight (الوزن): | Kg | Height (الطول): | cm | Blood Type (دمية الدم): | |
| Pulse (النبض): | ppm | Blood Pressure (دمية الضغط): | / | Blood Sugar (دمية السكر): | |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Disease History التاريخ المرضي: | | |
| Allergies الحساسية: | | |
| Medications الأدوية: | | |
| Pregnancy الحمل: | | |
| Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة : اخال للمستشفى | | |
| 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

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO*

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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 | Alaa, Medhat, Mohamedelhassan,, Ahmed | IDN: | 784199096296068 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | الاء مديحت محمد الحسن بن احمد | Card Number: | 091799783 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality (Ar): | SDN السودان | Family ID: | |
| Issue Date: | 16/11/2018 | Sex: | F | Sponsor Type: | 03 |
| Expiry Date: | 23/10/2020 | Date of Birth: | 01/01/1990 | Sponsor Name: | ايمن ياسر محمد احمد عروه |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 12448762 |
| Residency Type: | 03 | Residency Number: | 20120163954112 | Residency Expiry: | 23/10/2020 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 10 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

6/20/2019