



File No: 1002657

Date: 8 / 8 / 2019

Date: 8 / 8 / 2019 File Number: 1002657
Patient Name: Reem Mohamed
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 2 / 7 / 2018 Gender: M F Marital Status: (الحالة الاجتماعية):
Nationality (الجنسية): Occupation (الوظيفة):
Address (العنوان): Phone No. (رقم الهاتف): 0554044334
E-MAIL: How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا	
Cortisteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى 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)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، 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 مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي 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 هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV... etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	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.

I am fully aware that any payments is NON refundable

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

Date: ... / ... /

نموذج القرار 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 والعلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتبع العلاجات والإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية والجراحية.

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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدته لدي فتحتي 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 الإقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل إرادتي

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

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

التاريخ: ... / ... /

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 (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History : التاريخ المرضي:		
Allergies الحساسية		
Medications الأدوية		
Pregnancy الحمل		
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة , ادمال للمستشفى		
Smoking (التدخين) : Y / N	Alcohol (الكحول) : Y / N	Drugs (دوائرية) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصورة الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004714)

Date:08-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002657 - REEM 0 - 971554044334

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

By Cash **105.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 08-08-2019

Being **EAR PIERCING + VAT**

Made by **Hiba**

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1002657 - REEM 0 - 971554044334

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

استمارة الموافقة على التلقيح

اسم العيادة: _____
عنوان العيادة: _____ المدينة: _____
اسم المريض: Reem Mabd.
تاريخ الميلاد:/...../..... إذا كان أقل من 24 شهر، هل قمو بإضافة جرات التطعيم [مع] [لا]
عنوان المريض: _____

رقم الجوال: _____ البريد الإلكتروني: _____
رقم التقييم:

7	5	8	1	6	0	0	4
---	---	---	---	---	---	---	---

 رمز المنتج

أمرح بوجهه بأن يتم عمل قنب لي/المطلي/الجدي _____ ، ولقد قرأت وفهمت المعلومات التالية المهمة جداً المتعلقة بالحد من أو تقليل المشاكل بعد قنب الجسم والرغبة أثناء وبعد قنب الجسد. و بموجب توقيعى أثناء قنبي أقر بما يلي:

- أنا/هو/هي ليس تحت رعاية طبيب/أطباء عن أي حالة طبية أو خلافها تمنع إجراء تلقيح الجسد.
- أنا/هو/هي لا أعاني/يعاني من أي من أمراض السكري أو الصرع أو نقص المناعة المكتسبة/الأدينز أو الهيموفيليا أو الورثة أو أي من أمراض القلب، كذلك لا ألقى تحت تأثير وصفة مرآئية أو دواء منتظم مثل أدوية سبولة الدم.
- أنا لست تحت تأثير المخدرات أو الكحول ولست حاملًا.
- تم إبلاغي عن عملية التلقيح وتم منعي نسخة من إرشادات الرعاية بعد التلقيح وقد قرأتها وفهمتها. أدرك أن إرشادات الرعاية بعد التلقيح تختلف استنادًا على ما إذا كان التلقيح في نفس الأذن أو عضروف الأذن أو الألف أو البطن. لقد إطلعت على الاختلافات.
- أدرك احتمل حدوث عدوى بسبب سوء النظافة الصحيحة أو حساسية المعادن أو لأي اسباب أخرى، ولكن العدوى الأكثر شيوعًا ترجع إلى العدلات في ألتحات العناية الموصى بها بعد التلقيح.
- أقيم وأدرك أن قنب الأذن في عضروف الأذن قد يتسبب في الإضرار والتورم والعدوى بسبب طبيعة منطقة تلقيح الأذن. وأوافق على هذا الخطر بكامل إدراكي.
- أدرك أنه بسبب طبيعة التلقيح وتعرض المناطق التي تم تلقيحها حتمًا لبكتيريا ممتدة مثل السباحة والمشاركة في الفعاليات الرياضية فقد يزيد احتمال حدوث عدوى.
- التزم بالقيود بإرشادات العناية الموصى بها بعد التلقيح.
- في حالة قنب البطن/السررة أدرك أن بشرتي/جسمي قد يرفض الممن الخارجي مما قد يتسبب في إلتحاق القنب.
- أتبلغ من العمر أكثر من _____ سنة أو في حال الموافقة توبنية عن قاصر لم يبلغ سن الناهل أقر بقنبي والد أو ولي الأمر القانوني لآنك القاصر وأدرك أن توقيع القاصر يعتبر من أصل الأذودر.

بموجب التوقيع على استمارة الموافقة على تلقيح الجسم، أقر بموجبه أنني أدرك إجراءات العناية بعد التلقيح وخطر العدوى. وبما أنني أدرك المخاطر فإني أوافق على أن يتم تلقيح/تقبلي/تقبلي ابنتي/تقبلي ابني _____ من قبل مهني طبي في هذه العيادة وأوافق تجاه العيادة بأن تقوم بتلقيحي/تقبلي/تقبلي ابنتي/ابني _____ إلى المدى المسموح به بموجب القانون، وأحصل على إصعية كفاءة المسؤولية عن أي إصابة أو فقدان من أي نوع قد ترتبط بإجراءات التلقيح. وإذا كنت أوافق بصفتي والد أو ولي أمر قانوني تبنية عن قاصر فسوف أتحمل المسؤولية وأقوم بتعويض العيادة وموظفيها والشركة المصنعة والموزعين والموردين بأي أخطاء كالتالية بشكل توثوري.

توقيع المريض/الوالد/الولي الأمر القانوني (إذا كان المريض تحت السن القانونية، فيجب التوقيع ههنا بواسطة الوالد أو ولي الأمر القانوني):
التاريخ: _____
المهني الطبي: _____
التاريخ: _____
نسخة العيادة