



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: / /

Date: 25/8/2019

File Number: 1002742

Patient Name:

اسم المريض: سليمان عبد الوهاب

Date Of Birth: 10/1/1979 Gender: M / F

Marital Status: (الجماعية) متزوج

Nationality: (الجنسية) ليبيا

Occupation: (الوظيفة) معلم

Address: (العنوان) ليبيا / ص.ب. 50389

Phone No. (رقم الهاتف): 0503896466

E-MAIL: (البريد الإلكتروني)

How did you know about us:

| التاريخ الطبي Medical History | | |
|--|-----------------|--|
| الحالة الطبية Medical Condition | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تعاطى اي ادوية او تلقى اي علاجات حديثا؟ | ✓ | |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطى اي سترويدات او مثبطات للمناعة؟ | ✓ | |
| Allergies هل لديك اي حساسية؟ | ✓ | |
| Surgical Operations, Serious Illness هل اجريت اي عمليات جراحية او تعاني من اي امراض؟ | ✓ | |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب | ✓ | |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف او تعاطى اي مميحلات للدم؟ | ✓ | |
| Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) | ✓ | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى | ✓ | |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟ | ✓ | |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | — | |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى | ✓ | |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، اي امراض معوية اخرى؟ | ✓ | |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟ | ✓ | |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى او امراض الغدة الدرقية؟ | ✓ | |
| Other conditions هل تعاني من اي امراض اخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط | ✓ | |



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 و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المرؤف.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي 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 الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتابع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم 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 قدمت لي فحفي الملف الصحية و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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 بكامل ارادتي

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

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 (دم): | |
| Pulse (النبض): | ppm | Blood Pressure (دم): | / | 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، إدخال المستشفى): | |
| 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

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 | Sulaiman,Obaid,Alī,Abdulla,Alseraidi | IDN: | 784198197161387 | Mother Name: | Sheikhah Mohamed |
| Name (Ar) | سليمان,عبد علي,عبدالله,السريري | Card Number: | 088909393 | Mother Name (Ar): | شيخة محمد |
| Title: | | Nationality: | ARE | Family ID: | 706001334 |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | الإمارات العربية المتحدة | | |
| Issue Date: | 06/05/2018 | Sex: | M | Sponsor Type: | |
| Expiry Date: | 06/05/2028 | Date of Birth: | 10/01/1981 | Sponsor Name: | |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | |
| Residency Type: | | Residency Number: | | Residency Expiry: | |
| ID Type: | ID | Occupation: | 98 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

8/25/2019