



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 13/10/19

Date: 13/10/2019 Fares Al-Gabsi File Number: 10030789

Patient Name: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد) 11/12/1966 Gender (الجنس) M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية) العزيب

Nationality (الجنسية): .....

Address (العنوان): .....

E-MAIL: faroos.algabsi@orchidmc.com.sa

Phone No. (رقم الهاتف): 0558972242

How did you know about us: .....

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

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أتعلم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتعلم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في القصر 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 العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي. كما أعلم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتعلم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتعلم 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 قمته لدى فحفي الملف صحيحة. و أعلم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ينبغي سرياً تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها بدون 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 بأكمل 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

الوزن (الكلية): Weight (kg):	Kg	الارتفاع (الكلية): Height (cm):	cm	نوعية الدم (الكلية): Blood Type:	
النبض (الكلية): Pulse (bpm):	ppm	الضغط (الكلية): Blood Pressure (mmHg):	/	سكر الدم (الكلية): Blood Sugar (mg/dL):	

### سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة ، الجراحات للمستشفى  
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (Y / N): Smoking

التدخين الكحولي (Y / N): Alcohol

العقاقير (Y / N): Drugs

### الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

12.10.2019

Missing ~~the~~ fecal # 1, 2, 3, 4, 10, 12, 14, 15, 18, 19, 21, 30, 31  
patient Referred for C.P. G.  
Patient Referred for Blood sugar tests -

Doctor's Signature and Stamp



