

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (مجموعة الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

استشارة / طبيب أسنان

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة , احوال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (العقاقير) : Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

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

Name	Dima,Abdullatif,,Alsaieedali	IDN:	784198072960499	Mother Name:	
Name (Ar)	ديما عبد اللطيف,,السيدي علي	Card Number:	083545037	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		الجنسية العربية السورية (Ar):	السورية		
Issue Date:	22/05/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	16/05/2019	Date of Birth:	01/01/1980	Sponsor Name:	مدرسته سما الامريكه الخاصه
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	30120152033111	Residency Expiry:	16/05/2019
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

12/26/2019