



File No: .....

Date: 14/2/2020

Date: ... / ... / .....

File Number: 1004333

Patient Name: Amna Meshad

اسم المريض: أمينة مشاهد

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 29/1/2013

Marital Status (الحالة الاجتماعية): M / F

Nationality (الجنسية): ...

سيرة... جنسية...

Address (العنوان): ...

Phone No. (رقم الهاتف): 0555363943

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 الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديدا؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious illness هل اجريت أي عمليات جراحية أو تعالي من أي امراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، المل، امراض اخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعالي من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي منتج للحمل؟ هل تعالين 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 تعالي من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعالي من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعالي من أي امراض اخرى؟ فيروس الأبتير، 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 أقرار طبي

- أوافق و أسمح 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 يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج بإخضاع كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 فحسي للمفك صحيحة. و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستنقى سرية تماما و لا يمكن الإفصاح عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكافية لتقديم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقت علي بكمال رادتي

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

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

التاريخ: 2014 / ... / .....

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 الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة: Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

الجراحات السابقة، دخول المستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة: أفعال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظي 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'

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	Amena,Sabri, Mashal	IDN:	784199282496944	Mother Name:	
Name (Ar)	امنه صبري، ماشال	Card Number:	098577150	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	02/02/2020	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	29/01/2022	Date of Birth:	29/03/1992	Sponsor Name:	محمد ضياء عبدالحفيظ التيمى
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	14187364
Residency Type:	03	Residency Number:	30120113034363	Residency Expiry:	29/01/2022
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

4/1/2020

أنا المرخصة آمنة مشعل أتعهد بعدم حدوث حمل خلال فترة

المعالجة بالبروكتان وبعد شهر من إيقاف العلاج

تم شرح فطوره حدوث الحمل أثناء المعالجة

آمنة مشعل

1/4 / 2020



### Patient Details

Patient Name: Amena Sabri Mashal  
DOB: 29-03-1992  
Patient Id: 784199282496944  
Gender: Female

### Prescription Details

Facility: ORCHID MEDICAL CENTRE(7243)  
Prescription Issue Date: 01-Apr-2020 13:28:10  
Prescription Expiry Date: 04-Apr-2020 13:28:10  
Clinician Name: Wesam Marwan Altabbaa(DHA-P-0104696)  
Clinician Qualification: Dermatology  
Prescription No: 12036702  
Status: Active

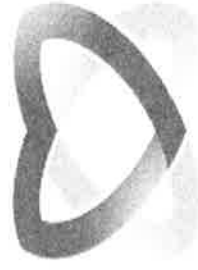
### Diagnosis Details

Primary  
● Acne vulgaris L70.0

### Prescribed Medication

● E08-3921-03188-01 Isotretinoin (Oratane® 20mg) 20mg Capsule 60's (15's Blister x 4)  
Qty: 60 Capsule, Duration: 30 days, Strength: 20 mg, Refill: 0  
Clinician Comment: after food  
Dosage Advice: Take 1 Capsule Twice a day





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008363)

Date:01-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004333 - amna meshal - 971553639543

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

By Cash **200.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 01-04-2020

Being **consultation**

Made by **Rana**

- 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 : 1004333 - amna meshal - 971553639543

---

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)