



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 21/4/2020

Date: 21/4/2020

File Number: 1004427

Patient Name: .....

Date Of Birth: 29/5/1999 (تاريخ الميلاد) Gender: M (F) (الجنس)

Nationality: (الجنسية) .....

Address: an.1465@chatmail.com (العنوان) .....

E-MAIL: an.1465@chatmail.com (البريد الإلكتروني) .....

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

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) .....

Phone No. (رقم الهاتف): 0587866681 .....

Occupation (الوظيفة): .....

المشاركة: .....

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

التاريخ الطبي

Medical History

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

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 يكشف 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 باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان 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 انتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قمتي الملف صحيفياً. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

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 (نصبة الدم): |  |
| Pulse (النبض):  | ppm | Blood Pressure (ضغط الدم): | /  | Blood Sugar (سكر الدم): |  |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعوي 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

cAEAlOEBA83ODQxO1

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            | Noora,Ali,Khamis,Humaid,Aldahmani | IDN:              | 784199910626391          | Mother Name:      | Shahzadi Bi Abdulnabi Abdulrasool |
| Name (Ar)       | نور د علي خميس حميد الداهمي       | Card Number:      | 080153526                | Mother Name (Ar): | شهرزادي بي شيخ عبدالنبي عبدالرسول |
| Title           |                                   | Nationality (Ar): | ARE                      | Family ID:        | 626000276                         |
| Title (Ar):     |                                   | Nationality       | الإمارات العربية المتحدة |                   |                                   |
| Issue Date:     | 27/09/2016                        | Sex:              | F                        | Sponsor Type:     |                                   |
| Expiry Date:    | 27/09/2026                        | Date of Birth:    | 29/05/1999               | Sponsor Name:     |                                   |
| Marital Status: | 01                                | Husband IDN:      |                          | Sponsor Number:   |                                   |
| Residency Type: |                                   | Residency Number: |                          | Residency Expiry: |                                   |
| ID Type:        | ID                                | Occupation:       | 11                       | Occupation Field: | 18                                |



Photo

Signature Image

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

4/21/2020