



File No:

Date: 2/5/2020

Date: 2/5/2020

File Number: 1004473

Patient Name: Re-fida Mohamed

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 8/5/1987

Marital Status (الحالة الاجتماعية): M / F

Nationality (الجنسية):

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Al Marya Center 1103

Phone No. (رقم الهاتف):

E-MAIL: saaymhammed@gmail.com

How did you know about us:

| التاريخ الطبي Medical History | الحالة الطبية Medical Condition | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل |
|---|------------------------------------|--------------------|---|
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حثيثاً؟ | | 1 | vitamin D multivitamins |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟ | | No | |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟ | | Yes | Asthma |
| Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي امراض؟ | | Yes | CS |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب | | No | |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟ | | No | |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) | | No | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى | | No | |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟ | | No | |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | | No | |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى | | No | |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟ | | No | |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟ | | No | |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكرى أو امراض الغدة الدرقية؟ | | No | |
| Other conditions Other conditions HIV...etc فيروس الأيدز، فيروس الحلا التيسيط...etc | | No | |

Re-fida



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،
- 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 نكرفي 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 اي ضمانات او تأمين لتتائج العلاج و الإجراءات الطبية او التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و اذرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام 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 قدمته لي فتمحي الملف صحیحة و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / 2020

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

| | | | | |
|-----------------|-----|----------------------------|----|-------------------------|
| Weight (الوزن): | Kg | Height (الطول): | cm | Blood Type (نصية 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 . ايدال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعلي 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 | Rofida Rahamtalla, Ahmed Mohamed | IDN: | 784198748037409 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | رفيدة رحمة الله احمد محمد | Card Number: | 096302180 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | SDN | Family ID: | |
| Title (Ar): | | Nationality (Ar): | السودان | | |
| Issue Date: | 07/09/2019 | Sex: | F | Sponsor Type: | 03 |
| Expiry Date: | 03/09/2021 | Date of Birth: | 08/05/1987 | Sponsor Name: | محمد احمد عبدالله ادريس |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 85290327 |
| Residency Type: | 03 | Residency Number: | 20120153155249 | Residency Expiry: | 03/09/2021 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 99 | Occupation Field: | 00 |

Photo



Signature Image

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

5/2/2020