



File No:

Date: 18/6/2020

Date: ... / ... /
Patient Name: **Aishah Mohd**
File Number: **1554829**
اسم المريض: **عائشة محمد المحمد**
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): **4 / 1 / 1974** Gender: **M / F** (الجنس)
Marital Status: (الحالة الاجتماعية): **.....**
Nationality (الجنسية): **.....** Occupation (الوظيفة): **.....**
Address (العنوان): **.....**
Phone No. (رقم الهاتف): **011-7066600**
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 اي اوية او تتلقى اي علاجات حديثا؟	➤	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى اي سترويدات او مثبطات للمناعة؟	➤	
Allergies هل لديك اي حساسية؟	➤	
Surgical Operations, Serious illness هل اجريت اي عمليات جراحية او تعاليت من اي امراض؟	➤	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	➤	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف او تتعاطى اي مميعات الدم؟	➤	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	➤	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	➤	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟	➤	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	➤	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	➤	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، اي امراض معوية اخرى؟	➤	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟	➤	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض الغدة الدرقية؟	➤	
Other conditions هل تعاليت من اي امراض اخرى؟ HSV, HIV ...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط ...etc	➤	



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 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 يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر لي 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 لنتائج العلاجات 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 ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية.

أتفهم أن هناك رسوم بأحد الأيدي 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 لدي قمتي الملف صحية. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا 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.

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

التاريخ: ١٤/٠٦/٢٠١٨

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (kg): Weight (kg)	الطول (سم): Height (cm)	نوع الدم (Blood Type): Blood Type
النبض (ppm): Pulse (ppm)	ضغط الدم (mmHg): Blood Pressure (mmHg)	سكر الدم (Blood Sugar): Blood Sugar

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History		
الحساسية: Allergies		
الأدوية: Medications		
الحمل: Pregnancy		
عمليات سابقة، جراحات المستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization		
التدخين: Smoking (Y / N)	الكحول (Alcohol) (Y / N)	أدوية (Drugs) (Y / N)

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

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	Aysha, Mohammed, Sultan, Al Kaabi	IDN:	784197943809190	Mother Name:	
Name (Ar)	عائشة محمد سلطان الكبي	Card Number:	081095923	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	402001067
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	04/12/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	04/12/2021	Date of Birth:	14/01/1979	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	10	Occupation Field:	99



Photo

Signature Image

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

6/18/2020