



File No: .....

Date: / /

Date: 22.6.2020  
Patient Name: Shereen Nasser  
Date Of Birth: 17/10/80 Gender: M / F Marital Status: Married  
Nationality: Jordanian Occupation: Housewife  
Address: Dubai  
E-MAIL: shereen.s.nasser@orchid.ae  
File Number: 1004895  
اسم المريض: شيرين ناصر  
الحالة الاجتماعية: متزوجة  
الوظيفة: ربة بيت  
رقم الهاتف: 05533691919  
How did you know about us: .....

Medical Condition	التاريخ الطبي	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		Yes	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبّطات للمناعة؟		Yes	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		Yes	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟			
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزمية، التهاب شغבת القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		Yes	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيدات الدم؟		Yes	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (نقر الدم)، لوكمييا (سرطان الدم)		Yes	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		Yes	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		Yes	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منتج للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		Yes	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		Yes	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		Yes	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		Yes	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟		Yes	
Other conditions HIV, HIV...etc		Yes	

### 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 وأسجد الطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و  
أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التحجيرة  
المقدمة لي، كما أقدم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي  
المرضية.
- أقر أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي بعضها 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 قمت لي قنحي الملف صحفية، و  
أقدم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون  
موافقتي
- أنا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد  
توقيع المريض / ولي الأمر (من دون السن القانونية):



التاريخ: 2016/6/12

## 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 الضغط):	/	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History (التاريخ المرضي):	
Allergies (الحساسية):	NA
Medications (الأدوية):	شعير
Pregnancy (الحمل):	—
Previous Surgeries, Hospitalization (عمليات سابقة، إدخال المستشفى):	—
Smoking (التدخين):	Y / N
Alcohol (تعاطي الكحول):	Y / NA
Drugs (تعاطي العقاقير):	Y / NA

General & Clinical Findings (الملاحظات العامة و السريرية)

Examination (الفحص)

Radiography (الصور الشعاعية)

Diagnosis (التشخيص)





REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO

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**

<b>Name</b>	Shereen,Nasser,M.,Nimer	<b>IDN:</b>	784198084132871	<b>Mother Name:</b>	Husnieh
<b>Name (Ar)</b>	شيرين ناصر محمود نيمر	<b>Card Number:</b>	095007160	<b>Mother Name (Ar):</b>	حسنيه
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	JOR	<b>Family ID:</b>	
<b>Title(Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	الأردن		
<b>Issue Date:</b>	14/06/2019	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	03
<b>Expiry Date:</b>	09/06/2021	<b>Date of Birth:</b>	17/10/1980	<b>Sponsor Name:</b>	ماجدا صلاح على ناصر
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	0118403451
<b>Residency Type:</b>	03	<b>Residency Number:</b>	20119983010218	<b>Residency Expiry:</b>	09/06/2021
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	99	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo

Signature Image

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

6/23/2020