



File No:

Date: 7/7/2020

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

File Number: 1005043

Patient Name: Hafsa Isaa

اسم المريض: هفصا ايسا

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 03/19/63 M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0617

Address (العنوان):

E-MAIL:

How did you know about us:

التاريخ الطبي	Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition			
هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثاً؟ Recent or current drugs/Medical Treatment			علاج حاص بالورونيدوم
هل تعاطى أي مثبطات للمناعة؟ Corticosteroids/Immunosuppressant		α	
هل لديك أي حساسية؟ Allergies		α	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟ Surgical Operations, Serious illness		α	
جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease		α	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميحات الدم؟ High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants		α	
انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) Anemia, Leukemia		α	
امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السعال، امراض اخرى Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other		α	
هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟ Renal, Urinary, Sexually transmitted disease		α	
هل انت حامل؟ هل تعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الوراثة الشهرية؟ Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems		α	
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases		α	
قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟ Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other		α	
هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟ Epilepsy, or any other neurological disease		α	
هل تعاني من مرض السكرى أو امراض الغدة الدرقية؟ Thyroid Diseases, Diabetes		α	
هل تعاني من أي امراض اخرى؟ Other conditions		α	
فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc HSV, HIV...etc		α	



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 الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية و 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 اي ضمانات او تأمين لتتاج العلاجات و الإجراءات الطبية او التجريبية 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 أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لذي قمتي الملف صحيحة و أتفهم أن اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الإطلاع 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 ارائتي
- انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

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

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (الوزن): Weight (Kg)	الطول (الطول): Height (cm)	نوعية الدم (نوعية الدم): Blood Type
النبض (النبض): Pulse (ppm)	ضغط الدم (ضغط الدم): Blood Pressure (/ /)	سكر الدم (سكر الدم): Blood Sugar

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة ، الجراحات السابقة ، عمليات المستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (التدخين): Y / N

التدخين الكحول (التدخين الكحول): Y / N

الأدوية (الأدوية): 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

.....

