



File No: .....

Date: / /

Date: 19/8/2020

File Number: 1005509

Patient Name: Oulja Samira

اسم المريض: اولجا ساميرا

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... / ... Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) مطرقة

Nationality (الجنسية): ... جنسية ليبيا Occupation (الوظيفة): .....

Address (العنوان): ... عجمان

Phone No. (رقم الهاتف): 0547980135

E-MAIL: .....

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

| Medical Condition الحالة الطبية  | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل |
|--|-----------------|--|
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟  | +               |  |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟   | +               |  |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟   | +               |  |
| Surgical Operations, Serious Illness هل اجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟   |                 | كسر في عظام الكبد  |
| 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 الزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟   | +               |  |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (فقر الدم)  | +               |  |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، ازمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى   | +               |  |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟  | +               |  |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟  | +               |  |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى   | +               |  |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟   | +               |  |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟  | +               |  |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟  | +               |  |
| Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟<br>HSV, HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط   | +               |  |



### 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 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 لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجديلية 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 و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى 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 الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحي للملف صحيحة. و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الأطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل إرادتي

أنا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

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

التاريخ: 19. / 8. / 20...

Samira

## Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

### Vital Signs المؤشرات الحيوية

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

### Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

|   |                               |                               |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| Disease History: التاريخ المرضي:                                  |                               |                               |
| Allergies الحساسية:   |                               |                               |
| Medications الأدوية:  |                               |                               |
| Pregnancy الحمل:  |                               |                               |
| Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة , ادخال للمستشفى |                               |                               |
| Smoking (التدخين): Y / N  | Alcohol (تعاطي الكحول): Y / N | Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N |

### General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

#### Examination الفحص

#### Radiography الصور الشعاعية

#### Diagnosis التشخيص



United Arab Emirates

دولة الإمارات العربية المتحدة

Resident Identity Card

بطاقة هوية مقيم



ID Number / رقم الهوية  
784-1985-9326050-2



الإسم: سميرة أوجي

Name: Samira Oujja



Nationality: Morocco

الجنسية: المغرب