

لاستعمال الطبيب فقط For Doctor's Use Only

File No#: 1000049 Date: 25/11/2017
Patient Name: MURALIDHARAN اسم المريض:
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 31/05/1983 Gender (الجنس): M / F
Weight: 73.2 kg Height: 164 cm Blood Type: BP=120/80
Marital Status: SINGLE

Chief Complaint: FEELING TIRED ; LOW ENERGY

السجل الطبي Medical History

Diseases: N/A Medication: _____
Allergies: N/A Pregnancy: N/A
Hospitalization: N/A Family History: NOT KNOWN
Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N (N) Drugs: Y/N

Remarks: _____

Clinical Findings: D. 22 mess
R.B.S = 10.6 → 8/dl → < 140
Hb 1. = 13.87 g/dl → 13.5 - 17.5

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 such procedure, which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as to a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risk and hazards to the performance of the diagnostic and /or surgical procedure. I realize that common surgical or diagnostic procedure are potential for an infection, swelling, bleeding and allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full after the completion of each treatment.

I understand that any information that I provide regarding my medical status will be kept completely confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that form has been fully explained to me and that I have read it understand its contents.

Patient Signature/ Guardian (In case of minors):

Date:

Dentist Signature:



نموذج إقرار طبي

• أوافق و اسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

• أتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

• وأنا اتفهم أن من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

• أفرض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

• أتفهم انه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

• أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

• إن أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الإفلاح عليها دون موافقتي.

• أقر اني امثلك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER 10000 49

File No#: Supermarket Date: 25/11/2018

Patient Name: Muralidharan, T اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 1983/05/31 Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): SRILANKAN Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Phone No. (رقم الهاتف): 05292555141

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us?

	Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أكثر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		Yes/No لا/نعم	✓
	Cortisteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبّطات للمناعة؟		Yes/No لا/نعم	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟		Yes/No لا/نعم	
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟		Yes/No لا/نعم	✓
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزمية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		Yes/No لا/نعم	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيدات الدم؟		Yes/No لا/نعم	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	أنيميا (فقر الدم)، لو كيميا (سرطان الدم)	Yes/No لا/نعم	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		Yes/No لا/نعم	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		Yes/No لا/نعم	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع الحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		Yes/No لا/نعم	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		Yes/No لا/نعم	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		Yes/No لا/نعم	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		Yes/No لا/نعم	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		Yes/No لا/نعم	
Other	Other conditions؟ HSV, HIV...etc	هل تعاطى من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا السبب...etc	Yes/No لا/نعم	

DOCTOR NOTE

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQXO*

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	Muralidharan, Thiyagarajah	IDN:	784198349471536	Mother Name:	
Name (Ar)	موراليداران، ثياجراجاه	Card Number:	076562604	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	LKA	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	موراليداران		
Issue Date:	18/01/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	19/12/2017	Date of Birth:	31/05/1983	Sponsor Name:	الإقدي وصياهي لتجارة قطع الحاسوب تنم
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120152572046	Residency Expiry:	19/12/2017
ID Type:	IL	Occupation:	5220	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

11/25/2017



LABORATORY INVESTIGATION REPORT

Name : Muralidharan Thiagarajah
Age/Gender : 34 Years/M
Ref. Physician : Dr. Eman
Centre : Orchid Medical Center
Ref No. : 1000049
Sample No. : 171122462
Received : 25/11/2017 03:19PM
Registered : 25/11/2017 03:18PM
Reported : 25/11/2017 03:45PM

HEMATOLOGY

Test / Parameters	Result	Flag	Units	Reference Range
-------------------	--------	------	-------	-----------------

Hemoglobin 13.87 g/dL 13.5 - 17.5

Methodology: EDTA whole blood
Sample Type :

*** End Of Report ***

Thana Alwani
Lab Incharge
Licence no- T38204



Dr. Hatem Sarg

Dr. Hatem Sarg
Pathologist
Licence no- D44771

Final Report

Page 2 of 2

Printed on: 25/11/2017 03:50PM

P.O.Box:60727,Sharjah-UAE,King Faisal Street,Al Marzooqi Tower,CG Mail,Office-502,Tel:--+971 65509991,email:-info@alsarhml.com



LABORATORY INVESTIGATION REPORT

Name : Muralidharan Thiagarajah
Age/Gender : 34 Years/M
Ref. Physician : Dr. Eman
Centre : Orchid Medical Center
Ref No. : 1000049
Sample No. : 171122462
Received : 25/11/2017 03:19PM
Registered : 25/11/2017 03:18PM
Reported : 25/11/2017 03:45PM

Test / Parameters	Result	Flag	Units	Reference Range
Glucose (Random)	106.0		mg/dL	< 140
<i>Methodology:</i> Oxidase Method <i>Sample Type:</i> Sodium fluoride plasma				
*** End Of Report ***				

Thana Alwani
Lab Incharge
Licence no- T38204

Dr. Hatem Saig
Dr. Hatem Saig
Pathologist
Licence no- D44771

Final Report

Page 1 of 2

Printed on: 25/11/2017 03:50PM