

لاستعمال الطبيب فقط For Doctor's Use Only

File No#: 100051 Date: 26/11/17

Patient Name: Sara Mohamed Saleh اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 1988 Gender (الجنس): M / F

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Marital Status: divorced

Chief Complaint: weight gain
hwp = 2

السجل الطبي Medical History

Diseases: / Medication: /

Allergies: / Pregnancy: /

Hospitalization: / Family History: /

Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N

Remarks: _____

Clinical Findings: Polycystic ovaries syndrome

د. لأميس عبد الحميد عبد المجيد
Dr. Lamees Abdulhameed Abdulmajeed
أخصائي - النساء وولادة
Specialist - OBS / GYN
ترخيص رقم: V261
MOH License No.: V261
مركز أوركيذ الطبي
Orchid Medical Centre

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 أسمح 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 التخصصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

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

• أفوض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و الطبية.

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

• أتفهم ان 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 الاطلاع عليها دون موافقتي.

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

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:



REPUBLIC OF IRAQ
INTERNATIONAL MOTOR TRAFFIC
INTERNATIONAL DRIVING PERMIT

جمهورية العراق
حركة المرور الدولية
إخصة سواق دولية



بموجب اتفاقية المرور الدولية الصادرة في ٨ نوفمبر ١٩٦٨
Convention on Road Traffic of 8 NOV. 1968
صدرت عن الجمعية العراقية للسيارات والسياحة
ISSUED BY IRAQ AUTOMOBILE & TOURING ASSOCIATION

Place BAGHDAD - IRAQ المكان

صالحة لغاية سنة واحدة من تاريخ الأصدار
Valid for One year from date of Issue

Date of Issue 6/11/2010 تاريخ الأصدار



President

Authorized Signature and Seal of the President

Not Valid to drive in I.A.T.A.

(غير صالحة للسياحة في العراق)

AL-JUMAILI

1. SARA MOHAMMED SALIH JASEM
2. BAGHDAD IRAQ
3. 1982
4. BAGHDAD IRAQ
- 5.



- I _____
- II _____
- III _____
- IV _____

- VI _____
- VII _____
- VIII _____





مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

DOCTOR NOTE

LABORATORY INVESTIGATION REPORT

Name : Sara Mohammed Saleh
Age/Gender : 35 Years/F
Ref. Physician : Dr. Eman
Centre : Orchid Medical Center
Ref No. :
Sample No. : 171122519
Received : 26/11/2017 06:33PM
Registered : 26/11/2017 06:33PM
Reported : 26/11/2017 08:47PM

ENDOCRINOLOGY			
Test / Parameters	Result	Flag	Units Reference Range
TSH (Thyroid Stimulating Hormone)	2.096		uIU/mL 0.27 - 4.20 Reference Range for Pregnant: First trimester: 0.24 - 2.99 Second trimester: 0.46 - 2.95 Third trimester: 0.43 - 2.78
<i>Methodology: ECLIA Sample Type: Serum</i>			
LH (Lutenising Hormone)	2.4		mIU/mL Follicular Phase: 2.12 - 10.89 Mid Cycle Peak : 19.2 - 103 Luteal phase : 1.20 - 12.86 Post Menopausal : 10.87 - 58.6 Pregnant: < 0.1 - 1.5 Contraceptives: 0.7 - 5.6
<i>Methodology: ECLIA Sample Type: Serum</i>			
FSH(Follicle Stimulating Hormone)	5.9		mIU/ml Follicular Phase: 2.5-8.78 Mid Cycle Peak : 3.4 -22.51 Luteal phase :1.79 -5.12 Post Menopausal : 16.7-113.59 Pregnant: < 0.3
<i>Methodology: ECLIA Sample Type: Serum</i>			
Prolactin	8.5		ng/mL 6 - 29
<i>Methodology: ECLIA Sample Type: Serum</i>			
			
Thana Alwani Lab Incharge Licence no- T38204			
 Dr. Hatem Sarg Pathologist Licence no- D44771			

Final Report

Page 1 of 2

Printed on: 26/11/2017 08:47PM