

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

File No#: 100096 Date: 18/12/17

Patient Name: Shaza Mohamed اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 31/5/1981 Gender (الجنس): M / F

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Marital Status: _____

Chief Complaint: son throat & headache with fever for 2 days & cough

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____ /

Allergies: _____ / Pregnancy: _____ /

Hospitalization: hospitalization Family History: _____ /

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

Remarks: _____

Clinical Findings: swollen tonsils congested nose harsh breathing Temp: 38.5 c. chest harsh breathing

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.
- اتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.
- وأنا أتفهم أن من الممكن ان 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.
- أفوض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.
- أتفهم أنه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لتنتج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم 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 ان هناك رسوم الادنى 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 أنني امتلك 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 :

18.12.2017

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQXO

Public Data Readed Suc

SHOW READED DATA

Confirm 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	Shaza,Shaaban,Zackaria,Mohammed	IDN:	784198181052725	Mother Name:	
Name (Ar)	شذى شيبان زكريا محمد	Card Number:	081285620	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	EGY مصر	Family ID:	
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	08
Issue Date:	18/12/2016	Date of Birth:	23/05/1981	Sponsor Name:	منطقة ام القيوين الطبيه (وزارة الصحة)
Expiry Date:	06/08/2019	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Marital Status:	01	Residency Number:	50120137007764	Residency Expiry:	06/08/2019
Residency Type:	07	Occupation:	2221	Occupation Field:	00
ID Type:	IL				



Photo

Signature Image

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

12/18/2017


DOCTOR NOTE

LABORATORY INVESTIGATION REPORT

Name : **SHAZA MOHAMED**
Age/Gender : 36 Years/F
Ref. Physician : Dr. Eman
Centre : Orchid Medical Center
Ref No. : 1000096



Sample No. : **171223328**
Registered : 18/12/2017 05:27PM
Received : 18/12/2017 05:28PM
Reported : 19/12/2017 03:16PM

<u>Test / Parameters</u>	<u>Result</u>	<u>Flag</u>	<u>Units</u>	<u>Reference Range</u>
HEMATOLOGY				
CBC (Complete Blood Count)				
RBC Count	4.4		10 ⁶ /μL	3.9 - 5.0
Hemoglobin	12.35		g/dL	12.0 - 16.0
Hematocrit	36.8		%	35.0 - 45.0
MCV	84.4		fL	73 - 98.3
MCH	28.3		pg	27.0 - 32.0
MCHC	33.6		g/dL	32.0 - 37.0
RDW	14.0		%	11.9 - 15.5
Platelet Count	51	L	10 ³ /μL	150 - 450
MPV	9.7		fL	7.6 - 10.8
WBC Count	6.8		10 ³ /μL	4.5 - 11
Neutrophils	62		%	30 - 65
Lymphocytes	27		%	20 - 40
Eosinophils	5		%	0 - 6
Monocytes	6		%	1 - 6
Basophils	0		%	0 - 1
Methodology:				
Sample Type : EDTA whole blood				
Comment:				
- For more investigation the liver function tests, PT , PTT and the patient collect the blood in the lab were recommended .				
*** End Of Report ***				
Thana Alwani Lab Incharge Licence no- T38204		 Dr. Hatem Sarg Pathologist Licence no- D44771		



Final Report

Page 1 of 1

Printed on: 19/12/2017 03:17PM

Al Marzoqi Tower, C.G Mall Office 502C, King Faizal Street, Sharjah, United Arab Emirates
P.O.Box : 60727, Sharjah, U.A.E., Tel: +971 6 5509991, Mob: +971 56 9066789

LABORATORY INVESTIGATION REPORT

Name : SHAZA MOHAMED

Age/Gender : 36 Years/F

Ref.Physician : Dr. Eman

Centre : Orchid Medical Center

Ref No. : 1000096



Sample No. : 171223328

Registered : 18/12/2017 05:27PM

Received : 18/12/2017 07:11PM

Reported : 19/12/2017 10:02AM

Test / Parameters

Result

Flag

Units

Reference Range

H1N1 Rapid test screening

RAPID INFLUENZA H1N1 TEST

Negative

NDX

Negative

Methodology:

Sample Type : Throat swab

*** End Of Report ***

Thana Alwani
Lab Incharge
Licence no- T38204



Dr. Hatem Sarg
Pathologist
Licence no- D44771

Final Report

Page 1 of 1

Printed on: 19/12/2017 10:02AM

Al Marzoqi Tower, C.G Mall Office 502C, King Faizal Street, Sharjah, United Arab Emirates
P.O.Box : 60727, Sharjah, U.A.E., Tel: +971 6 5509991, Mob: +971 56 9066789

SICK LEAVE CERTIFICATE

Hospital: ORCHID MEDICAL CENTER

Date of issue 19 /DEC/2017

Cert No: OMC1/2017/1002

Patient's Name: Shaza ,Mohammed	File Number: 1000096
Age :36	Sex :female


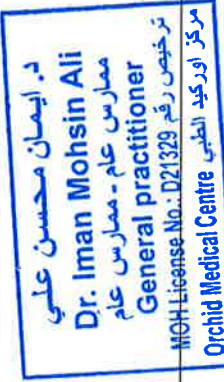
Unfitness

This is to certify that the above patient visited GENERAL CLINIC on 19/DEC //2017

The patient is unfit to work from 19/DEC/2017 till 21 / DEC /2017

Diagnosis: TONSITITIS , SINUSITIS

Comments:

Doctor's Name: EMAN MOHSEN ALI	License Number : D21329
Signature : 	Stamp : 

Notes :

- 1- Certificate is invalid if any correction are made.
- 2- Certificate is Valid only if is signed and stamped.
- 3- Certificate is issued at patient's request

للاستعمال الرسمي : نصادق على صحة توقيع وختم الطبيب المذكور المرخص من قبل وزارة الصحة دون تحمل إدارة منطقة الشارقة الطبية اي مسؤولية من محتويات هذا التقرير (اعتماد قسم التراخيص الطبية بمنطقة الشارقة الطبية)

Sharjah – cornich alkhana – alkhana palace 201 – near petrofac
Phone : +971 6 555 8337 mobile : +971 50 603 7996