

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

File No#: 100065 Date: 23/12/17

Patient Name: Wafaa Hamed اسم المريض: 052-50972

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 11/1/1963 Gender (الجنس): M / F

Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Blood Type: \_\_\_\_\_

Marital Status: متفقة - same Billding

Chief Complaint: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medical History السجل الطبي

Diseases: \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_ Pregnancy: \_\_\_\_\_

Hospitalization: \_\_\_\_\_ Family History: \_\_\_\_\_

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

Remarks: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Clinical Findings: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DOCTOR NOTE

8/1/2018 :

c.c. / Stress incontinence for 2 years.

- R -> Destrustal tab 1 mg (1/2 tab twice daily) for 3 m.
- D Selenium plus once daily
- S Urage shower + cream

21/1/2018 c.c. vaginal itching for 4 days

o/b -> ? vaginal herpes + haemorrhoid

R

- 1) Zovirax 800 mg twice daily / 5 days
- 2) proctoglycol cream - once daily / 7 days
- 3) Zecaf syng 10 ml / 3 times

11/3/2018 c.c. recurrent severe vaginal itching

HVS was done + sent for CAS

15/4/2018 -> She came to our center complaining generalised weakness + she wants B12 amp. injection + she brought v. Dr. W. from pharmacy.

### 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

- اوافق 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 الاجراءات الطبية الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.
- وأنا اتفهم ان 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 هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما اتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم 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 أنني امتلك 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:





LABORATORY INVESTIGATION REPORT

Name : WAFAA KHADER  
 Age/Gender : 54 Years/F  
 Ref.Physician : Dr. Eman  
 Centre : Orchid Medical Center  
 Ref No. : 1000105  
 Sample No. : 180124020  
 Received : 06/01/2018 12:18PM  
 Registered : 06/01/2018 12:18PM  
 Reported : 06/01/2018 01:12PM

CLINICAL PATHOLOGY

Test / Parameters

**Result** **Flag** **Units** **Reference Range**

Urine Analysis (Routine)

MACROSCOPY

Color : Yellow : Pale to Dark Yellow  
 Appearance : Clear : Clear

CHEMISTRY

Specific Gravity : 1.030 : 1.002 - 1.035  
 pH : 5.0 : 4.5 - 8.0  
 Glucose : Negative : Negative  
 Blood : Negative : Negative  
 Protein : Negative : Negative  
 Urobilinogen : Normal : Normal  
 Bilirubin : Negative : Negative  
 Ketone bodies : Negative : Negative  
 Nitrite : Negative : Negative

MICROSCOPY

Leucocytes : 2 - 3 : /HPF : 1 - 4  
 Erythrocytes : 1 - 2 : /HPF : 0 - 2  
 Bacteria : Nil : /HPF : Nil  
 Casts : Nil : /HPF : Nil  
 Crystals : Nil : /HPF : Nil  
 Epithelial Cells : 4 - 6 : /HPF : Variable

Methodology:

Sample Type : Urine

\*\*\* End Of Report \*\*\*



*Dr. Hatem Saig*

Dr. Hatem Saig  
 Pathologist  
 Licence no- D44771

Thana Alwani  
 Lab Incharge  
 Licence no- T38204

Final Report

Page 1 of 1

Printed on: 06/01/2018 01:15PM



## Laboratory Analysis Report

Name : Wafaa Khader  
Sex : Female  
Date Of Birth : 55 Y  
Referred By : Dr. Eman (Orchid Medical Centre)  
Receiving Date : MAR-11-18 05:24 PM  
Insurance Company :  
Indication :

Clinic File No. : 1000105  
Lab File No. : 1803-01869  
Lab. Case No. : 33942  
Clinic Name :  
Reporting Date : MAR-13-18 03:30 PM  
Insurance No. :

### MICROBIOLOGY

#### HVS Culture & Sensitivity

Sample Type	High Vaginal Swab	
Pus Cells	0 - 5	/ HPF
RBCs	0 - 5	/ HPF
Epithelial Cells	0 - 5	/ HPF
OTHERS	-	

**Organism isolated**      **No Pathogenic Organism Isolated**

*End of Report*

\* Samples are processed on the same day of request unless indicated.  
\* Result reported are for the samples received and reference range is age related when applicable.

Analysed by : Ashar Al Rabie  
Medical Laboratory Technologist

License No : T19042

Printed by : Norhanisa Sacar

Unit 203 Union National Bank Bldg, Al Duhaim Cornich St, Al Manizh D A, P.O. Box 65928, Sharjah, U.A.E.



*Mona*

Verified by : Dr. Mona Mohamed Hagras  
Clinical Pathologist



License No : D42240

Printed on : MAR-13-18 03:49 PM



AED 15.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000530)	Date:25-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000105 - wafaa khader - 971525097211		
The sum of Dhs. <b>Fifteen Only</b>		
By Cash <b>15.00</b> / By Credit Card <b>0.00</b> / By Cheque <b>0.00</b> / By Bank Transfer <b>0.00</b> / By Allocated <b>0.00</b>		
Bank:	Cheque No.	Date: 25-04-2018
Being		
Made by <b>Ghada</b>		

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 15.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000553)	Date:28-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000105 - wafaa khader - 971525097211		
The sum of Dhs. Fifteen Only		
By Cash <del>15.00</del> / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 28-04-2018
Being		
Made by Ghada KC		

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae  
www.omc1.ae





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 15.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000576)	Date:01-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000105 - wafaa khader - 971525097211		
The sum of Dhs. Fifteen Only		
By Cash 15.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 01-05-2018
Being		
Made by Ghada		

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae  
www.omc1.ae





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 15.00	RECEIPT VOUCHER (No. REC-000587)	Date: 03-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000105 - wafaa khader - 971525097211		
The sum of Dhs. Fifteen Only		
By Cash 15.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 03-05-2018
Being		
Made by Ghada		

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)





مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 15.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000598)	Date:06-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000105 - wafaa khader - 971525097211		
The sum of Dhs. Fifteen Only		
By Cash 15.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 06-05-2018
Being		
Made by Ghada		

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae  
www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 15.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000614)	Date:09-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000105 - wafaa khader - 971525097211		
The sum of Dhs. Fifteen Only		
By Cash 15.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 09-05-2018
Being		
Made by <del>Ghader</del> KC		

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae  
www.omc1.ae



AED 15.00	RECEIPT VOUCHER (No. REC-000628)	Date: 12-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000105 - wafaa khader - 971525097211		
The sum of Dhs. <b>Fifteen Only</b>		
By Cash 15.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 12-05-2018
Being		

*Handwritten signature*

File No#: 100040 Date: 7/13/2018 اسم المريض: Wafaa Khodr  
 Patient Name: Wafaa Khodr Gender: M / F  
 Date of Birth: 11/11/1963 (تاريخ الميلاد)  
 Nationality: Jordan (الجنسية) Occupation: -  
 Marital Status: - (الحالة الاجتماعية) Phone No. (الهاتف): 52-5697211  
 Contact Person in Case of Emergency: Sawaidars

	Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم لذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حالية؟		Yes/No نعم / لا	صحيح لاسريرين
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟		Yes/No نعم / لا	خلصت هم بنكه شمش
	Allergies هل لديك أي حساسية؟		Yes/No نعم / لا	
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟		Yes/No نعم / لا	لاسرير
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		Yes/No نعم / لا	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		Yes/No نعم / لا	أدوية للضغط
	Anemia, Leukemia (فقر الدم)، أو كيميا (سرطان الدم)		Yes/No نعم / لا	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		Yes/No نعم / لا	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تتعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية، أو تناسلية؟		Yes/No نعم / لا	
	<b>*for ladies:</b> Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مفتح للحمل؟ هل تعقنين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		Yes/No نعم / لا	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		Yes/No نعم / لا	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		Yes/No نعم / لا	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تتعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		Yes/No نعم / لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تتعاطى من مرض الغدة الدرقية؟		Yes/No نعم / لا	
Other	Other conditions: HIV, etc... هل تتعاطى من أي أمراض أخرى: HIV, etc... فيروس الإيدز، فيروس الحلا السوط، etc...		Yes/No نعم / لا	

**For Doctor's Use Only** لاستعمال الطبيب فقط

Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Blood Type: \_\_\_\_\_

Chief Complaint:

Pt feed pain

**Medical History** السجل الطبي

Asthma  
Hypertension

Diseases: \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_

Pregnancy: \_\_\_\_\_

Family History: \_\_\_\_\_

Hospitalization: \_\_\_\_\_

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

Remarks: —

Clinical Findings: —

Radiography: —

Examination: Caries related to tooth

Diagnosis: Caries



### 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 التخصصات و الإجراءات الطبية الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الاولي، 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 هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماماً كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة لفحص 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.

ان أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا 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 : **رنا حيدر**

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:



