

LABORATORY INVESTIGATION REPORT

Name : AISHA YOSOF
Age/Gender : 31 Years/F
Ref. Physician : Dr. Eman
Centre : Orchid Medical Center
Ref No. : 1000118



Sample No. : 171223845
Registered : 31/12/2017 07:25PM
Received : 31/12/2017 07:25PM
Reported : 31/12/2017 07:26PM

BIO CHEMISTRY

<u>Test / Parameters</u>	<u>Result</u>	<u>Flag</u>	<u>Units</u>	<u>Reference Range</u>
--------------------------	---------------	-------------	--------------	------------------------

PREGNANCY TEST - HCG SCREEN	Negative			
-----------------------------	----------	--	--	--

Methodology:

Sample Type : Serum

*** End Of Report ***

Thana Alwani
Lab Incharge
Licence no- T38204



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

Final Report

Page 1 of 1

Printed on: 31/12/2017 07:26PM

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

لاستعمال الطبيب فقط For Doctor's Use Only

File No#: 100018 Date: 31/12/2017
Patient Name: Ashwa YasoF اسم المريض: Ashwa YasoF live near the center
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 22/2/1986 Gender (الجنس): M / F

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____
Marital Status: _____
Chief Complaint: _____

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____
Allergies: _____ Pregnancy: _____
Hospitalization: _____ Family History: _____
Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N
Remarks: _____

Clinical Findings: _____

د. لميس عبد الحميد عبد المجيد
Dr. Lamees Abdulhamied Abdulmajeed
إختصاصي: أ. نساء وولادة
Specialist - OBS / GYN
MOH License No.: V261
مركز أوركيذ الطبي Orchid Medical Centre

DOCTOR NOTE

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

• أقرض 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 أن 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 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 تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

• أقر أنني امالك 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 : AISHA YOSOF
 Age/Gender : 31 Years/F
 Ref.Physician : Dr. Eman
 Centre : Orchid Medical Center
 Ref No. : 1000118
 Sample No. : 17122384S
 Received : 31/12/2017 07:25PM
 Registered : 31/12/2017 07:25PM
 Reported : 31/12/2017 07:26PM

BIO CHEMISTRY

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

PREGNANCY TEST - HCG SCREEN	Negative			
-----------------------------	----------	--	--	--

Methodology:

Sample Type : Serum

*** End Of Report ***

Thana Alwani
 Lab Incharge
 Licence no- T38204



Dr. Hatem Sarg

Dr. Hatem Sarg
 Pathologist
 Licence no- D44771

Final Report

Page 1 of 1

Printed on: 31/12/2017 07:26PM