

File No#: 43/00183 Date: 7/2/2018
اسم المريض

Patient Name: Saif Eldin Ali

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 6/3/1977 Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Syrian Occupation (الوظيفة): -

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): 090-201605

Contact Person in Case of Emergency: _____

How Did You Know About Us? _____

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: General weakness,

السجل الطبي Medical History

Diseases: / Medication: /

Allergies: / Pregnancy: /

Hospitalization: / Family History: /

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

Remarks: /

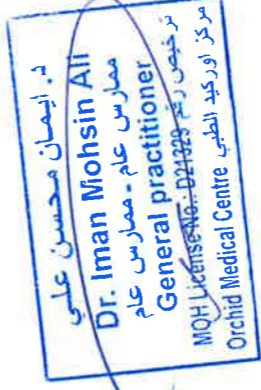
Clinical Findings: Chest clear, soft abdomen

Radiography: /

Examination: /

Diagnosis: Stress

Hb A1c → Normal



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 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 التشخيصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم 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.

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 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 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 : SAIF ELDIN ALI
Age/Gender : 41 Years/M
Ref.Physician : Dr. Eman
Centre : Orchid Medical Center
Ref No. : 1000183
Sample No. : 180225402
Received : 07/02/2018 02:32PM
Registered : 07/02/2018 02:30PM
Reported : 07/02/2018 07:10PM

BIO CHEMISTRY

Test / Parameters	Result	Flag	Units	Reference Range
HbA1c	4.6		%	Non-diabetic: 4.0 - 5.8 Prediabetes : 5.8 - 6.4 Diabetes : > 6.5

eAG (estimated Average Glucose) 82 mg/dL

Methodology: Calculation
Sample Type : EDTA whole blood

*** 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: 07/02/2018 07:35PM

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