

File No#: 1000189 Date: 13/2/2018 اسم المريض: \_\_\_\_\_  
Patient Name: Rosa Adib Hussein Gender (الجنس): M /  F  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): \_\_\_\_\_ Occupation (الوظيفة): \_\_\_\_\_  
Nationality (الجنسية): Syrian Phone No. (رقم الهاتف): 056-1300338  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married  
Contact Person in Case of Emergency: live near the center / Babel.

How Did You Know About Us? \_\_\_\_\_  
Weight: 51.20 kg Height: \_\_\_\_\_ Blood Type: ABO/80  
Chief Complaint: Headache + blurred vision  
for 3 days

السجل الطبي  
Medical History

Diseases: / Medication: /  
Allergies: / Pregnancy: Emp: 8-2-2018  
Hospitalization: / Family History: Father - Bp  
Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N

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

Clinical Findings: Chest clear Ear - clear Vision - clear

Radiography: CBC

Examination: \_\_\_\_\_

Diagnosis: muscle spasm (headache)

- 1) mob-c 75 mg once daily
- 2) vit D 5000 IU once weekly
- 3) calcium tab 1X1
- 4) vit B12 injective twice weekly

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED 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	Roaa,Adib,,Hussein	IDN:	784199225040247	Mother Name:	
Name (Ar)	رؤى اديب حسين	Card Number:	074099412	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	سوريا		
Issue Date:	22/07/2015	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	11/07/2017	Date of Birth:	01/01/1992	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	62741857
Residency Type:	03	Residency Number:	50120153002521	Residency Expiry:	11/07/2017
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

2/13/2018

### 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 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 انه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج 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 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 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:






مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

## DOCTOR NOTE



**LABORATORY INVESTIGATION REPORT**

**Name** : ROAA ADIB HUSSEIN      **Sample No.** : 180225667  
**Age/Gender** : 25 Years/F  
**Ref. Physician** : Dr. Eman      **Received** : 13/02/2018 03:15PM  
**Centre** : Orchid Medical Center      **Registered** : 13/02/2018 03:14PM  
**Ref No.** : 1000189      **Reported** : 13/02/2018 03:31PM

<u>HEMATOLOGY</u>				
<u>Test / Parameters</u>	<u>Result</u>	<u>Flag</u>	<u>Units</u>	<u>Reference Range</u>
<b>CBC (Complete Blood Count)</b>				
RBC Count	4.6		10 <sup>6</sup> /μL	3.9 - 5.2
Hemoglobin	13.54		g/dL	12.0 - 16.0
Hematocrit	40.6		%	35.0 - 45.0
MCV	89.1		fL	73 - 98.3
MCH	29.7		pg	27.0 - 32.0
MCHC	33.3		g/dL	32.0 - 37.0
RDW	13.8		%	11.9 - 15.5
Platelet Count	315		10 <sup>3</sup> /μL	150 - 450
MPV	8.9		fL	7.6 - 10.8
WBC Count	6.4		10 <sup>3</sup> /μL	4.5 - 11
Neutrophils	51		%	30 - 65
Lymphocytes	40		%	20 - 40
Eosinophils	3		%	0 - 6
Monocytes	6		%	1 - 10
Basophils	0		%	0 - 1
<b>Methodology:</b>				
<b>Sample Type :</b> EDTA whole blood				
- Comment :				
* Normal ranges are based on the methodology of analysis and it is patient - related based on the patient's age, gender, etc.				
*** End Of Report ***				
<b>Thana Alwani</b> <b>Lab Incharge</b> <b>Licence no- T38204</b>		 <b>Dr. Hatem Sarg</b> <b>Pathologist</b> <b>Licence no- D44771</b>		