



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000173

Date: 14/2/2018

اسم المريض

Patient Name: Ahmed Eshayem

Gender (الجنس): M / F

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 26/04/1984

Occupation (الوظيفة): _____

Nationality (الجنسية): _____

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): 0503337523

Contact Person in Case of Emergency: _____

How Did You Know About Us? _____

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: infertility for 6 months

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks: _____

Clinical Findings: Normal

Radiography: _____

Examination: Normal

Diagnosis: Semen analysis (? infertility main factor)
130 million/ml 60% 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 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.

وإنا 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 املاك 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:

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	Khalil,S,Enhayem	IDN:	784198486935756	Mother Name:	
Name (Ar)	خليل ابراهيم مناهم راجح	Card Number:	077634635	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PSE	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	فلسطين		
Issue Date:	22/03/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	10/03/2018	Date of Birth:	26/04/1984	Sponsor Name:	هويوس الكروميك اولكل ش ذ م م
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	02010005610365
Residency Type:	02	Residency Number:	20120142022777	Residency Expiry:	10/03/2018
ID Type:	IL	Occupation:	1317	Occupation Field:	



Photo

Signature Image



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

2/14/2018





LABORATORY INVESTIGATION REPORT

Name : KHALIL EMHAYEM
 Age/Gender : 26 Years/M
 Ref. Physician : Dr. Eman
 Centre : Orchid Medical Center
 Ref No. : 1000193
 Sample No. : 180225786
 Received : 15/02/2018 11:36AM
 Registered : 15/02/2018 11:35AM
 Reported : 15/02/2018 03:19PM

Test / Parameters	Result	Flag	Units	Reference Range
CLINICAL PATHOLOGY				
Semen Analysis (Routine)				
INVESTIGATION				
Colour	Opaque white			
Semen Volume	1.5		mL	2.0 - 5.0
Liquefaction Time	30 mins		Minutes	20 - 30
Viscosity	Normal			
PH	8.0			7.1 - 8.0
SPERM COUNT				
No. of sperm / mL	123		Million	> 25
No. of sperm / ejaculate	184.5		Million	> 75
MOTILITY				
Rapid linear progressive (Class A+B)	30		%	0 - 50
Sluggish linear progressive (Class C)	30		%	0 - 30
Immotile sperms (Class D)	40	H	%	10 - 20
SPERM MORPHOLOGY				
Total Normal Forms	60		%	50 - 70
Total Abnormal Forms	40		%	
Abnormal Head Forms	20		%	
Mid- portion Abnormalities	10		%	
Tail Abnormalities	10		%	
Immature Forms	Nil		%	
Leucocytes (Pus Cells)	2 - 4		/HPF	0 - 2
Sperm Agglutination	Nil			Absent
Methodology:				
Sample Type :	Semen			
				
Thana Alwani Lab Incharge Licence no- T38204	 Dr. Hatem Sarg Pathologist Licence no- D44771			

LABORATORY INVESTIGATION REPORT

Name : KHALIL EMHAYEM
Age/Gender : 26 Years/M
Ref. Physician : Dr. Eman
Centre : Orchid Medical Center
Ref No. : 1000193
Sample No. : 180225786
Received : 15/02/2018 11:36AM
Registered : 15/02/2018 11:35AM
Reported : 15/02/2018 03:19PM

<u>CLINICAL PATHOLOGY</u>			
<u>Test / Parameters</u>	<u>Result</u>	<u>Flag</u>	<u>Units</u>
			<u>Reference Range</u>
*** End Of Report ***			
			
			
Dr. Hatem Sarg Pathologist Licence no- D44771			
Thana Alwani Lab Incharge Licence no- T38204			

Final Report

Page 2 of 2

Printed on: 15/02/2018 03:19PM