



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000314

Date: 19/3/18

اسم المريض

Patient Name: KHALED SAIDI

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 28/12/1988

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): IRANI

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 050 8777479

E.MAIL:

How Did You Know About Us?

Weight: Height: Blood Type:

Chief Complaint: Planning for pregnancy for his wife since 2 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: /

Radiography: /

Examination: /

Diagnosis: Semen analysis was done Today
58.29 mm/ml → Normal result

د. ايمن محسن عطفي
Iman Mohsin Ali
ممارس عام - ممارس معتمد
خبص رقم D21329
Orchid Medical Centre
اوركيد الطبي

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

أفرض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

أتفهم انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان هناك رسوم الابدئي يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

إن أي معلومات أقيمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني 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 :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

DOCTOR NOTE

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	Khaled,Abdolnabi,,,Saïdi	IDN:	784198839093626	Mother Name:	
Name (Ar)	خالد عبدالنبي,ر,سعدي	Card Number:	085226855	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRN	Family ID:	
Title(Ar):		(Ar):	جمهورية ايران الإسلامية		
Issue Date:	06/09/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	03/09/2019	Date of Birth:	28/12/1988	Sponsor Name:	الخوخ والغراوله الخضار والغراكه
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	40120082061446	Residency Expiry:	03/09/2019
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

3/19/2018

Name	: Khaled Saidi	Clinic File No.	: -
Wife Name	:	Lab File No.	: 1803-02104
Date of Birth	: 28-12-1988	Lab. Case No.	: 34236
Referred By	: Orchid Medical Centre	Clinic Name	: Orchid Medical Centre
Receiving Date	: 19-03-2018	Reporting Date:	19-03-2018
Insurance Company:	NA	Insurance No.:	NA

Semen Analysis Report

Collection Time	: 1:15 PM	Analysis Time	: 1:45 PM
Collected by	: Masturbation at Lab	Abstinence Period	: 3 days

Physical Examination:

Parameter	Result	Normal Range
Volume	1.2 ml	≥ 2 ml
Color	Grey-White	Grey-White
pH	Alkaline	Alkaline
Liquefaction Time	30 min	15 - 30 min
Viscosity	Normal	Normal

MOTILITY

Parameter	After 30 mins	After 1 Hour
Active	27%	22%
Sluggish	33%	28%
Non Motile	40%	50%

MORPHOLOGY

Parameter	Result	Normal Range
Normal Forms	55%	≥ 30 %
Abnormal Forms	45%	< 70%
Pus Cells	0 - 2	0 - 2
RBCs	Nil	Nil
Spermatogenic Cells	3 - 5	0 - 5
Agglutination	3%	< 5 %
Others	-	-

Sperm Count	58.29 million/ml	≥ 20 million/ml
-------------	------------------	-----------------

Ashar Al Rabie

Ashar Al Rabie
Medical Technologist



Mona

Mona Mohammed
Pathologist (Specialist A)