

File No#: 1000340

Date: 24/03/2018

اسم المريض

Patient Name: Raghad Elsayed Mohamed

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 8/7/1990

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Egyptian

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): M

Phone No. (رقم الهاتف): 0588827533

E.MAIL :

How Did You Know About Us? Facebook

Weight: 58.90 Height: 159.1 Blood Type: BP = 110/70 mmHg

Chief Complaint: A - ve

Pregnant 21 weeks

السجل الطبي Medical History

Diseases: / Medication: /

Allergies: / Pregnancy: Lmp = 18-10-2017

Hospitalization: / Family History: EPP = 25-7-2018

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

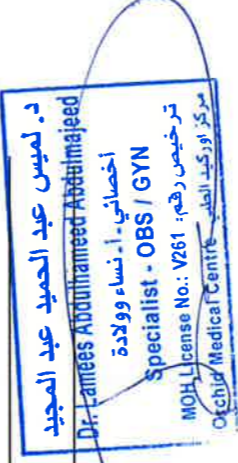
Remarks: /

Clinical Findings: /

Radiography: /

Examination : /

Diagnosis: /



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 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.

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

أتفهم أنه ليس هنالك 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 و لا 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.

Raghala Elsayed

توقيع المريض /الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

DOCTOR NOTE



LABORATORIES

تاريخ الحضور : 20/11/2017
تاريخ التقرير : 21/11/2017

اسم المريض : الاستاذة / ر غده السيد محمد
رقم المريض : 72-6474
رقم الزيارة : 72178748



عمر المريض : 27 Y

Chemistry Unit

	Ref. Range
Plasma Glucose (Random)	60 - 170
Glycated Haemoglobin (HbA1c)	4.5 - 5.7 Normal Range 5.8 - 6.4 Prediabetic > 6.5 Diabetic 6 - 7 Good Control 7 - 8 Fair Control > 8 Poor Control

Reviewed By:

Dr. Radwan Mohamed

Pt. Branch: حدائق الأهرام

Page 1 of 1

محمد محروس بكري

Printed on: 20:25 21/11/17

Call Center: 16191

معامل اليفا

17/02/2018 : تاريخ الحصول
18/02/2018 : تاريخ التقرير

اسم المريض : الإبتدائية / رعدة السيد محمد
رقم المريض : 76-4270
رقم الزيارة : 72181633



عمر المريض : 27 Y

Hematology Unit

Blood Group : (A)
Rh group. Negative

Comments :
Du test is recommended

Reviewed By:

Dr. Radwan Mohamed

Pt. Branch: أرنيسي

Page 1 of 1

تمتدء محمد الطورخي

Printed on: 09:59:26/02/18

تاريخ الحضور : 17/02/2018
تاريخ التقرير : 18/02/2018

اسم المريض : الأستاذ / رعد المنيه محمد
رقم المريض : 76-4270
رقم الزيارة : 72181633



عمر المريض : 27 Y

Hormone Unit

	Ref. Range
TSH	0.55 - 4.78 uIU/ml
25(OH) Vitamin D	10.24 ng/mL
	<20 Deficiency 21-29 Insufficiency 30-100 Sufficiency Over 150 Hypervitaminosis

Reviewed By:

Dr. Radwan Mohamed

Pt. Branch: أرنبسى

Page 1 of 1

اسماء محمد الفرخي

Printed on: 09:59 20/02/18

17/02/2018 : تاريخ الحضور :
17/02/2018 : تاريخ التقرير :

اسم المريض : الاستاذة / رعدة السيد محمد
رقم المريض : 76-4270
رقم الزيارة : 72181633



عمر المريض : 27 Y

Hematology Unit

Complete Blood Picture (CBC)

	Result	Unit	Ref. Range
Haemoglobin	11.40	g/dL	11.5 - 16
Hematocrit	35.0	%	34 - 44
Red cell count	4.12	$\times 10^6 / \mu\text{L}$	3.8 - 5.4
MCV	84.9	fL	78 - 96
MCH	27.7	pg	26 - 32
MCHC	32.6	g/dL	31 - 36
RDW	14.8	%	11.5 - 14.5
Platelet Count	198	$\times 10^3 / \mu\text{L}$	150 - 450
T.L.C	7.1	$\times 10^3 / \mu\text{L}$	4 - 11

Differential Count

	Result	Percentage(%)	Ref. Range	Absolute Count Result	Ref. Range
Basophils	0	%	0 - 1	0.0	$\times 10^3 / \mu\text{L}$ 0 - 0.11
Eosinophils	1	%	0 - 6	0.1	$\times 10^3 / \mu\text{L}$ 0 - 0.6
Stab	0	%	0 - 7	0.0	$\times 10^3 / \mu\text{L}$ 2 - 7
Segmented	70	%	40 - 75	5.0	$\times 10^3 / \mu\text{L}$ 1.5 - 4
Monocytes	23	%	20 - 45	1.6	$\times 10^3 / \mu\text{L}$ 0.2 - 1
	6	%	1 - 10	0.4	$\times 10^3 / \mu\text{L}$

Comments :

Mild normocytic normochromic anemia with mild anisocytosis.
Platelets are adequate.
WBCs are within normal limits.

Reviewed By:

Dr. Radwan Mohamed

Pt. Branch: الرئسي

Page 1 of 1

اسماء محمد الطرخي

Printed on: 09.59 20/02/18