



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: ١٥٥٥٣٦١ Date: 27/3/2018

Patient Name: Shaikha Fatima Binl Hasher اسم المريض

Date of Birth (تاريخ الميلاد): _____ Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Emirati Occupation (الوظيفة): _____

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

E.MAIL : _____

How Did You Know About Us? _____

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: _____

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: _____

TEST REQUEST FORM

Name: FATMA HASSHEK
DOB/Age: 1958
Gender: Male Female
Nationality: UKR
Mob No.:
E-mail: info@dmcl.ae
Report Send to: info@dmcl.ae

Specimen Collection Date: 5/5/2018 Time: 1:45 AM
Fasting: Yes No
Pregnancy: Yes Week
Ref. Doctor: Dr. EMAN
Ref. Clinic: ALCHIA MEDICAL CENTER
Insurance Company:
Insurance No.:

Clinical Details :

BIOCHEMISTRY	HORMONES	ALLERGY TESTING
<input type="checkbox"/> Albumin S	<input type="checkbox"/> 17-OH-Progesterone S	<input type="checkbox"/> Allergy (Food / Inhalant / Paediatric) S
<input type="checkbox"/> Aldosterone S	<input type="checkbox"/> ACTH S	<input type="checkbox"/> IgE S
<input type="checkbox"/> Alkaline Phosphatase S	<input type="checkbox"/> Anti-Tig Antibodies S	PROFILES
<input type="checkbox"/> ALT (SGPT) S	<input type="checkbox"/> Beta HCG S	<input type="checkbox"/> Anemia Profile I
<input type="checkbox"/> Amylase (Total / Pancreatic) S	<input type="checkbox"/> Cotisol (AM / PM / R) S	<input type="checkbox"/> Anemia Profile II
<input type="checkbox"/> AST (SGOT) S	<input type="checkbox"/> DHEA-S S	<input type="checkbox"/> Antenatal Screen Profile
<input type="checkbox"/> Bicarbonate (HCO3) S	<input type="checkbox"/> Estradiol (E2) S	<input type="checkbox"/> Diabetes Profile
<input type="checkbox"/> Bilirubin (Total / Direct / Indirect) S	<input type="checkbox"/> Estradiol (E3) S	<input type="checkbox"/> Double Test Profile
<input type="checkbox"/> BNP S	<input type="checkbox"/> FSH S	<input type="checkbox"/> Fertility Profile - Female
<input type="checkbox"/> Calcium (Total / Ionized) S	<input type="checkbox"/> Growth Hormone S	<input type="checkbox"/> Fertility Profile - Male
<input type="checkbox"/> Chloride S	<input type="checkbox"/> Insulin (Fasting / PP1hr/Random) S	<input type="checkbox"/> General Health Profile
<input type="checkbox"/> Cholesterol (HDL / LDL) S	<input type="checkbox"/> LH S	<input type="checkbox"/> Hepatitis B Full Profile
<input type="checkbox"/> Cholesterol, Total S	<input type="checkbox"/> Parathyroid hormone (PTH) EP	<input type="checkbox"/> Hirsutism Profile I
<input type="checkbox"/> CK S	<input type="checkbox"/> Progesterone S	<input type="checkbox"/> Hirsutism Profile II
<input type="checkbox"/> CK-MB S	<input type="checkbox"/> Prolactin S	<input type="checkbox"/> Kidney Function Test
<input type="checkbox"/> Creatinine S	<input type="checkbox"/> SHBG S	<input type="checkbox"/> Lipid Profile I
<input type="checkbox"/> Creatinine Clearance S-24h	<input type="checkbox"/> T3 (Free / Total) S	<input type="checkbox"/> Lipid Profile II
<input type="checkbox"/> Ferritin S	<input type="checkbox"/> T4 (Free / Total) S	<input type="checkbox"/> Liver Function Test
<input type="checkbox"/> Folate (Folic Acid) S	<input type="checkbox"/> TBG S	<input type="checkbox"/> Menopausal Profile
<input type="checkbox"/> GGT S	<input type="checkbox"/> Testosterone (Free / Total) S	<input type="checkbox"/> Osteoporosis Profile
<input type="checkbox"/> Glucose (Fasting / Random / PP) NF	<input type="checkbox"/> Thyroglobulin (Tg) S	<input type="checkbox"/> Ovarian Function Profile
<input type="checkbox"/> Glucose Tolerance Test NF	<input type="checkbox"/> TSH S	<input type="checkbox"/> Primary Health Profile
<input type="checkbox"/> HbA1c E	HAEMATOTOLOGY	<input type="checkbox"/> Prostate Profile
<input type="checkbox"/> Iron S	<input type="checkbox"/> APTT C	<input type="checkbox"/> Recurrent Abortion Profile
<input type="checkbox"/> LD (LDH) S	<input type="checkbox"/> Blood Group E	<input type="checkbox"/> Thyroid Profile I
<input type="checkbox"/> Magnesium S	<input type="checkbox"/> CBC E	<input type="checkbox"/> Thyroid Profile II
<input type="checkbox"/> Phosphorous S	<input type="checkbox"/> Coomb's Test (Direct / Indirect) E/S	<input type="checkbox"/> TORCH IgG Profile
<input type="checkbox"/> Potassium S	<input type="checkbox"/> D-Dimer C	<input type="checkbox"/> TORCH Ig M Profile
<input type="checkbox"/> Protein Electrophoresis S	<input type="checkbox"/> ESR E	<input type="checkbox"/> Triple Test Profile
<input type="checkbox"/> Protein Total S	<input type="checkbox"/> Fibrinogen C	<input type="checkbox"/> Others.....
<input type="checkbox"/> Sodium S	<input type="checkbox"/> G6PD E	7 GENETIC TEST
<input type="checkbox"/> TIBC S	<input type="checkbox"/> Hb, Electrophoresis E	OBESITY
<input type="checkbox"/> Transferrin S	<input type="checkbox"/> Lupus Anticoagulants C	
<input type="checkbox"/> Triglyceride S	<input type="checkbox"/> Malaria Smear E	
<input type="checkbox"/> Tropoin S	<input type="checkbox"/> Peripheral Blood Smear C	
<input type="checkbox"/> Urea S	<input type="checkbox"/> PT & INR C	
<input type="checkbox"/> Uric Acid S	<input type="checkbox"/> Reticulocytes E	
<input type="checkbox"/> Vitamin B12 S	<input type="checkbox"/> Rh Antibody S	
<input type="checkbox"/> Vitamin D Total (D2+D3) S	<input type="checkbox"/> Sickle Cell E	
TUMOR MARKERS	SEROLOGY & VIROLOGY	
<input type="checkbox"/> AFP S	<input type="checkbox"/> ASO S	
<input type="checkbox"/> Ca 125 S	<input type="checkbox"/> Anti Sperm Antibodies Se/S	
<input type="checkbox"/> CA 15-3 S	<input type="checkbox"/> Anti Transglutaminase IgA S	
<input type="checkbox"/> CA 19-9 S	<input type="checkbox"/> Brucella (IgG / IgM) S	
<input type="checkbox"/> CEA S	<input type="checkbox"/> Chlamydia Abs. (IgM / IgG) S	
<input type="checkbox"/> PSA (Free / Total) S	<input type="checkbox"/> Chlamydia Ag U/SW	
<input type="checkbox"/> SW - Swab	<input type="checkbox"/> S-Serum	<input type="checkbox"/> U - Urine
<input type="checkbox"/> EP - EDTA Plasma	<input type="checkbox"/> 24U - 24 hrs Urine	<input type="checkbox"/> Se - Semen
	<input type="checkbox"/> E - EDTA blood	<input type="checkbox"/> C-Citrate Blood
	<input type="checkbox"/> NF - Sodium Florida	<input type="checkbox"/> St - Stool / Faeces

Specimen Receiving Date : Time AM PM

Flat 203, Union National Bank Bldg, Al Buhaira Cornish St., Al Majaz, P.O. Box 65238, Sharjah, U.A.E.
Tel. +971 6 551 9916, Fax: +971 6 551 9917, E-mail: info@dhmlab.com, Website: www.dhmlab.com

File No#: 1000361

Date: 03/01/18

اسم المريض:

Patient Name: CHEIKHA FATIMA BINI HASHEK

Date of Birth: _____

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): MAE

Occupation (الوظيفة): _____

Marital Status (الحالة الاجتماعية): _____

Phone No. (رقم الهاتف): _____

E.MAIL: _____

How Did You Know About Us? _____

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كتبت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No نعم / لا	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No نعم / لا	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي امراض؟	Yes/No نعم / لا	
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	Yes/No نعم / لا	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مبيعات للدم؟	Yes/No نعم / لا	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا	Yes/No نعم / لا	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، امراض اخرى	Yes/No نعم / لا	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي امراض في الكلى أو امراض يولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للسيدات: هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No نعم / لا	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	Yes/No نعم / لا	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم / لا	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	
Other	Other conditions: أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc	Yes/No نعم / لا	

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.

أفرض 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 الأخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم أن 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 أقدّمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتلك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و إن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و أنني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي:

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: Pain on biting

السجل الطبي Medical History

Diseases: Diabetes / Hypertension Medication: _____
Allergies: _____ Pregnancy: _____
Hospitalization: _____ Family History: _____

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

Remarks: Nothing Abnormal

Clinical Findings: Pain on percussion / \checkmark

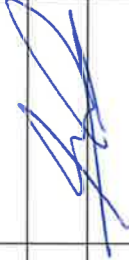
Radiography: Radiolucency around apex \checkmark

Examination : Pain on percussion

Diagnosis: Periapical Periodontitis

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
25/7/18	u / Access / extraction	1000	0	
	Mechanical Preparation cortical file # 20			
	- Ledermex w.L: 23			
8/11/2018	Composite Filling for [5 + [6 + [7 3 Fillings.	1000	0	Dr. Daba
	- scaling + polishing			
	- cleaning & Irrigation			
	for 4 tooth + T.F			
15/11/2018	R-CT Filling of 4 tooth + composite			Dr. Daba
2/11/2019	Follow up			Dr. Daba



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,500.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002166)

Date:02-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000361 - Shekha Fatima Bint Hasher - 971506240001

The sum of Dhs. One Thousand Five Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,500.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: _____

Date: 02-01-2019

Cheque No. _____

Being _____

Made by Ghada 

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002167)

Date:02-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000361 - Shekha Fatima Bint Hasher - 971506240001

The sum of Dhs. One Thousand Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,000.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 02-01-2019

Being

Made by Ghada

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae