

File No#: 1000363 Date: 28/03/18 اسم المريض: \_\_\_\_\_  
 Patient Name: AHMED EL KAGIAS Gender (الجنس): M / F  
 Date of Birth(تاريخ الميلاد): 26/09/1982 Occupation (الوظيفة): \_\_\_\_\_  
 Nationality(الجنسية): Egyptian Phone No. (رقم الهاتف): 0155179014  
 Marital Status (الوضع الاجتماعي): M  
 E.MAIL: konson@jw.com

How Did You Know About Us? COMPANY STAFF

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	Yes/No نعم / لا	<u>Sp. Hepatitis</u>
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟	Yes/No نعم / لا	<u>X</u>
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	<u>X</u>
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟	Yes/No نعم / لا	<u>open Abdominal</u>
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No نعم / لا	<u>yes</u>
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	Yes/No نعم / لا	<u>yes</u>
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Yes/No نعم / لا	<u>no</u>
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم / لا	<u>no</u>
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي أمراض يولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	<u>no</u>
	<b>*for ladies:</b> Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع الحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No نعم / لا	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم / لا	<u>no</u>
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم / لا	<u>no</u>
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	<u>no</u>
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	<u>no</u>
Other	Other conditions? HIV, HIV...etc هل تعاليت من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	Yes/No نعم / لا	<u>no</u>

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Blood Type: \_\_\_\_\_

Chief Complaint:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medical History السجل الطبي

Diseases: \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Allergies: \_\_\_\_\_

Hospitalization: \_\_\_\_\_ Pregnancy: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Family History: \_\_\_\_\_

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

Remarks:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Clinical Findings:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Radiography:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Examination :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnosis:

Scaling & P Gingivitis / Multiple cavities.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 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.

أنتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الاضائية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أنتفهم أن من الممكن ان يكشف 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 الطبية.

أنتفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أنتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أنتفهم تماماً كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية. و أنتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أنتفهم 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 أتمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني املاك 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 /الطبيب:

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

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	Ahmed Shawky, Mohamed	IDN:	784195286374178	Mother Name:	
Name (Ar)	Ahmed, Elkassas	Card Number:	087319891	Mother Name (Ar):	
Title:	احمد شوقي محمد احمد القصاص	Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	24/01/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	15/01/2020	Date of Birth:	26/09/1952	Sponsor Name:	مستودع الفرقة الدولية للاويه ذ م م
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	30120132117751	Residency Expiry:	15/01/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

3/28/2018



File No#: 1000363 Date: 16/04/18  
اسم المريض: \_\_\_\_\_

Patient Name: AHMED EL KASSAS

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 26/09/1952

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): EGYPT

Occupation (الوظيفة): \_\_\_\_\_

Marital Status (الحالة الاجتماعية): \_\_\_\_\_

Phone No. (رقم الهاتف): 0117179017

E.MAIL: kassas@jms.ae OR ahmedelkassas.ae@gmail.com

How Did You Know About Us?

COMPANY STAFF (JMS)

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: \_\_\_\_\_

Physical 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 اتفهم أن من الممكن ان 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 اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم 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 أقيمها 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:



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

## DOCTOR NOTE





REDAD DATA

CAEAIOEBAA83ODQXO

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	Ahmed Shawky, Mohamed Ahmed,,Elkassas	IDN:	784195286374178	Mother Name:	
Name (Ar)	احمد شوقي محمد احمد,,الكصاص	Card Number:	087319891	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	24/01/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	15/01/2020	Date of Birth:	26/09/1952	Sponsor Name:	مستودع الفرسة الوليه للادويه ذ م م
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	30120132117751	Residency Expiry:	15/01/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

3/28/2018

Name : **Ahmed El Kassas**  
Sex : **Male**  
Date Of Birth : **66 Y**  
Referred By : **Orchid Medical Center**  
Receiving Date : **APR-15-18 01:16 PM**  
Insurance Company :  
Indication :

Clinic File No. : **1000363**  
Lab File No. : **1804-02828**  
Lab. Case No. : **35143**  
Clinic Name :  
Reporting Date : **APR-15-18 08:17 PM**  
Insurance No. :

## HEMATOLOGY & COAGULATION

### Complete Blood Count

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Haemoglobin	16.0	g/dL	13.0 - 17.5	
Hematocrit (Hct)	48.8	%	40.0 - 52.0	
Erythrocyte Count (RBC)	5.3	$10^6/mm^3$	4.5 - 5.9	Automated cell counter
MCV	92	$\mu m^3$	80 - 96	
MCH	30	pg	28 - 33	
MCHC	33	g/dL	33 - 36	Automated cell counter
RDW	15.8	%	< 14	
Platelet Count	165	$10^3/mm^3$	150 - 362	Automated cell counter
Leucocyte Count (WBC)	9.5	$10^3/mm^3$	4.0 - 11.0	Automated cell counter
<b>Differential Count</b>				
Neutrophils	51	%	40 - 75	
Lymphocytes	36	%	20 - 45	
Monocytes	10	%	2 - 10	
Eosinophils	3	%	0 - 5	
Basophil	0	%	0 - 1	

Sample Type : EDTA BLOOD

End of Report

\* Samples are processed on the same day of request unless indicated  
\* Results reported are for the samples received and reference range is age related when applicable

Analysed by : **Mona Ibrahim Shubair**

T39021

Printed by : Er-Fe Heart Balanit

Final Report

Page 1 of 1

ELM-989 Human Medical Bank Bldg. Al-Dhaima, P.O. Box 65739, Sharjah, U.A.E.

Printed on : APR-15-18 09:33 PM



*Mona*

Verified by : **Dr. Mona Mohamed Hagrass**  
Clinical Pathologist  
License No : D42240

Name : **Ahmed El Kassas**  
Sex : **Male**  
Date Of Birth : **66 Y**  
Referred By : **Orchid Medical Center**  
Receiving Date : **APR-15-18 01:16 PM**  
Insurance Company :  
Indication :

Clinic File No. : **1000363**  
Lab File No. : **1804-02828**  
Lab. Case No. : **35143**  
Clinic Name :  
Reporting Date : **APR-15-18 08:17 PM**  
Insurance No. :

**MICROBIOLOGY**

**Urine Analysis**

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
<b>MACROSCOPIC</b>				
COLOUR	Yellow		Yellow	
APPEARANCE	S.Cloudy		Clear	
SMELL	Aromatic		Aromatic	
SPECIFIC GRAVITY	1.015		1.002 - 1.030	
PH	6.0		4.8 - 7.5	
<b>CHEMICAL</b>				
PROTEIN	+		Negative	
GLUCOSE	Negative		Negative	
KETONE	Negative		Negative	
BILIRUBIN	Negative		Negative	
UROBILINOGEN	Normal		Normal	
BLOOD	Negative		Negative	
NITRITE	Negative		Negative	
<b>MICROSCOPIC</b>				
PUS CELLS	0-2	/ HPF	0 - 5 /hpf	
R.B.C	0-2	/ HPF	0 - 5 /hpf	
EPITHELIAL CELLS	0-2	/ HPF	0 - 5 /hpf	
CASTS	-		-	
OTHERS	-		-	
Sample Type : Urine				

End of Report

\* Samples are processed on the same day of request unless indicated  
\* Results reported are for the samples received and reference range is age related when applicable

Analysed by : **Mona Ibrahim Shubair**

T39021  
Printed by : Er-Fe Heart Balimit



*Mona*

Verified by : **Dr. Mona Mohamed Hagras**  
Clinical Pathologist

License No : D42240

Printed on : APR-15-18 09:34 PM

Sharjah U.A.E

Final Report  
Page 1 of 1

Name : **Ahmed El Kassas**      Clinic File No. : **1000363**  
 Sex : **Male**      Lab File No. : **1804-02828**  
 Date Of Birth : **66 Y**      Lab. Case No. : **35143**  
 Referred By : **Orchid Medical Center**      Clinic Name : **-----**  
 Receiving Date : **APR-15-18 01:17 PM**      Reporting Date : **APR-15-18 09:06 PM**  
 Insurance Company :      Insurance No. : **-----**

**CLINICAL CHEMISTRY**

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Alanine Aminotransferase (ALT)	52	U/L	< 45	Kinetic
Aspartate Aminotransferase (AST)	33	U/L	< 35	
Albumin	3.5	g/dL	3.5 - 5.2	Colorimetric
Alkaline phosphatase (ALP)	99.0	U/L	<119	Colorimetric
Bilirubin total	0.28	mg/dL	<2.0	Diazo Reaction
Bilirubin direct	0.13	mg/dL	<0.2	Colorimetric
Creatinine	1.26	mg/dL	< 1.2 -	
Urea	53.2	mg/dL	18-55 -	
Uric Acid	5.8	mg/dL	< 7.2	
Vitamin D, 25-OH (Total)	26.0	ng/mL	Sufficiency : 30 - 100 Insufficiency : 20 - < 30 Deficiency : < 20 Toxicity : > 100	ICMA
Vitamin B12	519.0	pg/mL	197.0 - 866.0	ECLIA
Bicarbonate (HCO3)	25.4	mmol/L	22.0 - 29.0	
Calcium	9.1	mg/dL	8.6 - 10.2	Colorimetric
Total Protein	7.1	g/dL	6.4 - 8.3	Colorimetric

\* Samples are processed on the same day of request unless indicated  
 \* Results reported are for the samples received and reference range is as requested when applicable



*Mona*

Analysed by : **Ashar Al Rabie**  
 Medical Laboratory Technologist  
 License No : T19042

Verified by : **Dr. Mona Mohamed Hagrass**  
 Clinical Pathologist  
 License No : D42240

Final Report  
 Page 1 of 3

Printed by : **Er-Fe Heart Ballait**      Printed on : **APR-15-18 09:30 PM**  
 Flat 203, Union National Bank Bldg, Al Buhaira Cornich St, Al Majaz P.O. Box 65238, Sharjah, U.A.E.  
 Tel: +971 5 551 9916 Fax: +971 5 551 9917 E-mail: daralhikmah2012@gmail.com

Name : **Ahmed El Kassas**      Clinic File No. : **1000363**  
 Sex : **Male**      Lab File No. : **1804-02828**  
 Date Of Birth : **66 Y**      Lab. Case No. : **35143**  
 Referred By : **Orchid Medical Center**      Clinic Name : **-----**  
 Receiving Date : **APR-15-18 01:17 PM**      Reporting Date : **APR-15-18 09:06 PM**  
 Insurance Company :      Insurance No. :

**CLINICAL CHEMISTRY**

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
<b>Phosphorous</b> <i>Sample Type Serum</i>	4.0	mg/dL	2.5 - 4.5	
<b>Glucose - Fasting</b> <i>Sample Type NaF-Plasma</i>	82.6	mg/dL	70 -116	Enzymatic
<b>Cholesterol</b>	237.0	H mg/dL	Desirable:<200 Borderline:200-240 High level:>240	Enzymatic
<b>Triglycerides</b>	204.8	H mg/dL	Desirable:<150 Borderline:150-160 High level:>160	Enzymatic
<b>HDL Cholesterol</b>	68.5	mg/dL	35.0 - 79.5	
<b>LDL Cholesterol</b>	127.5	H mg/dL	Optimal:<100 Borderline high:100-159 High:160-189	Gel Card Technique
<b>VLDL Cholesterol</b>	41.0	H mg/dL	7.0 - 30.0	Calculation
<b>Cholesterol/HDL</b>	3.5	Ratio	< 4.5	Calculation
<b>HDL/LDL</b>	0.5	Ratio	> 0.3	Calculation
<b>Sodium</b> <i>Sample Type Serum</i>	141.0	mmol/L	136 - 145	

\* Samples are processed on the same day of request unless indicated  
 \* Results reported are for the samples received and reference range is age related when applicable



*Mona*

**Analysed by : Ashar Al Rabie**  
**Medical Laboratory Technologist**  
 License No : T19042

**Verified by : Dr. Mona Mohamed Hagras**  
**Clinical Pathologist**  
 License No : D42240

Final Report  
 Page 2 of 3

Printed by : **Er-Fe Heart Ballait**      Union National Bank Bldg. Al-Buhara Cornich St. Al-Majaz P.O. Box 65238 Sharjah U.A.E.  
 Hat 203      Tel: +971 6 551 9916 Fax +971 6 551 9917 E-mail: daralikhmah2012@gmail.com

Printed on : **APR-15-18 09:30 PM**

Name : **Ahmed El Kassas** Clinic File No. : **1000363**  
 Sex : **Male** Lab File No. : **1804-02828**  
 Date Of Birth : **66 Y** Lab. Case No. : **35143**  
 Referred By : **Orchid Medical Center** Clinic Name : **-----**  
 Receiving Date : **APR-15-18 01:17 PM** Reporting Date : **APR-15-18 09:06 PM**  
 Insurance Company : Insurance No. :

**CLINICAL CHEMISTRY**

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Potassium (K)	4.9	mmol/L	3.5 - 5.5	
Urea (Cr)	99.0	mmol/L	94.0 - 110.0	
<i>Comments:</i> Specimen is grossly hemolyzed, which can significantly increase AST. Recollection of freshly non-hemolyzed sample is highly recommended. Kindly correlate results with clinical findings.				
<i>Sample Type Serum</i>				
Glycosylated Haemoglobin (HbA1C)	6.9	%	4.5 - 6.5	
Estimated Average Glucose (eAG)	150.7	mg/dL	< 140	Enzymatic
<i>Sample Type EDTA BLOOD</i>				

End of Report

\* Samples are processed on the same day of request unless indicated  
 \* Results reported are for the samples received and reference range is age related when applicable



Analysed by : **Ashar Al Rabie**  
 Medical Laboratory Technologist  
 License No : T19042

Verified by : **Dr. Mona Mohamed Hagrass**  
 Clinical Pathologist  
 License No : D42240

*Mona*

Final Report  
 Page 3 of 3

Printed by : **Er-Fe Heart Balinait** Flat 203 Union National Bank Bldg Al Buhaira Cornich St. Al Majaz P O Box: 65238 Sharjah U A E  
 Tel: +971 6 551 9916 Fax: +971 6 551 9917 E-mail: daralhikmah2012@gmail.com

Printed on : **APR-15-18 09:30 PM**