



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER
1000365

File No#: _____ Date: 28/3/2018 اسم المريض: _____

Patient Name: Zohra Bakkali

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 1/1/1964 Gender (الجنس): M / (F)

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

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single Phone No. (رقم الهاتف): 971551705901

E.MAIL: _____

How Did You Know About Us? Same Building

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: Generalized weakness for 2 days

السجل الطبي Medical History

Diseases: / Medication: /
Allergies: / Pregnancy: /
Hospitalization: / Family History: /

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

Remarks: /

Clinical Findings: Chest clear Abdomen soft

Radiography: _____

Examination: _____

Diagnosis: ? Diabetes

د. إيمان محسن علي
Dr. Iman Mofsin Ali
ممارس عام - ممارس عام
General practitioner
MOH License No. 221329
مركز أوركيد الطبي
Orchid Medical Centre

DOCTOR NOTE

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO*

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	Zohra, Bakkali	IDN:	784196452964164	Mother Name:	
Name (Ar)	الزهره البقالي	Card Number:	077837840	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	03/04/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	29/03/2018	Date of Birth:	01/01/1964	Sponsor Name:	مركز الأتامل المحليه
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	30120162019475	Residency Expiry:	29/03/2018
ID Type:	IL	Occupation:	5141	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

3/28/2018

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.

أتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التخصصات 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 نكر 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 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.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:



Name : Zohra Bakkali
Sex : Female
Date Of Birth : 54 Y
Referred By : Dr. Eman (Orchid M.C)
Receiving Date : MAR-28-18 02:52 PM
Insurance Company :
Indication :

Clinic File No. : 1000365
Lab File No. : 1803-02371
Lab. Case No. : 34573
Clinic Name :
Reporting Date : MAR-28-18 07:00 PM
Insurance No. :

CLINICAL CHEMISTRY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Glycosylated Haemoglobin (HbA1C)	13.1	%	4.5 - 6.5	
Estimated Average Glucose (eAG) Sample Type EDTA BLOOD	328.5	mg/dL	< 140	Enzymatic

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



Ashar Al Rabie

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

Printed by : Northanisa Sacar

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

Final Report
Page 1 of 1

Mona

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

Printed on : MAR-28-18 07:21 PM