

File No#: 1000383 Date: 3-4-2018
اسم المريض: _____

Patient Name: Maha Elwaly Gender (الجنس): M / F

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 3-1-1988

Nationality (الجنسية): Egyptian (الوظيفة): _____

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married. Phone No. (رقم الهاتف): 0108823110

E.MAIL: maha-meghed@cinahome.net

How Did You Know About Us?

Weight: 64 kg Height: 153 cm Blood Type: OP - 100/80 mmHg

Chief Complaint: For TUCD removed inserted since 3 years

السجل الطبي Medical History

Diseases: / Medication: /
Allergies: / Pregnancy: 27-3-2018
Hospitalization: / Family History: /

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

Clinical Findings: U/S → A-over-cyst → 3 cm

Radiography: /

Examination: ^{bleeding on touch} cervical ulcer, TUCD was removed
Flagyl + Zinet + Gyrocpryl 500p.c
Diagnosis: For TUCD removed





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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 ترويدي 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 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 الطبية.

أتفهم أنه ليس هنالك 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 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 امتك 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 :

3-4-2018

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

DOCTOR NOTE

3/4/2018 → 4/1 → L.O. cyst 3 cm
plan → Ds 4/5 Follow up L.O cyst

5/4/2018 → F. call → Hb = 11.4 . no need medicine

05153419

Issue No.: 1 License No.: 04575



Abu Dhabi (I/O)
Effective Date: 13/08/2017
Expiry Date: 12/08/2018

Staff No.: 1 Age: 29 Policy No.: 7854456
Benefits: Maternity
Limits: PH : 1500
OP-Ded : GP : 20 SP : 10 LB : 10 XR : 10
Co-Ins : PH : 30%

NW : Abu Dhabi Plan Network
Deductible: AED 500 per delivery

MAMA MOHAMED ELSAYED

AEROCAR RENT ACAR

مها محمد العسayed



Name : **Maha Elsayed**
Sex : **Female**
Date Of Birth : **88 Y**
Referred By : **Dr. Eman (Orchid MC)**
Receiving Date : **APR-03-18 07:59 PM**
Insurance Company :
Indication :

Clinic File No. : **100383**
Lab File No. : **1804-02529**
Lab. Case No : **34773**
Clinic Name :
Reporting Date : **APR-03-18 09:30 PM**
Insurance No. :

HEMATOLOGY & COAGULATION

Complete Blood Count

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Haemoglobin	11.4	g/dL	10.9 - 15.5	
Haematocrit (Hct)	37.1	%	35.0 - 47.0	
Erythrocyte Count (RBC)	5.2	$10^6/\text{mm}^3$	4.1 - 5.1	Automated cell counter
MCV	71	μm^3	80 - 96	
MCH	22	pg	28 - 33	
MCHC	31	g/dL	33 - 36	Automated cell counter
RDW	16.0	%	< 14	
Platelet Count	288	$10^3/\text{mm}^3$	149 - 409	Automated cell counter
Leucocyte Count (WBC)	3.0	$10^3/\text{mm}^3$	4.4 - 11.3	Automated cell counter
Differential Count				
Neutrophils	27	%	40 - 75	
Lymphocytes	62	%	20 - 45	
Monocytes	7	%	2 - 10	
Eosinophils	4	%	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 : **Ashar Al Rabie**
Medical Laboratory Technologist
License No : T19042
Printed by : Norhanisa Sacar



Mona

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

Printed on : APR-03-18 09:55 PM

Final Report
Page 1 of 1