

File No#: 1000425 Date: 12/04/2018 اسم المريض

Patient Name: Rushan Abdel Bahman

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 17/09/1983 Gender (الجنس): M / F

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

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): 0559094766

E-MAIL: rashansama@yahoo.com

How Did You Know About Us?

From Facebook

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: Pregnant

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: LMP = 2/2/2018

Hospitalization: C/S (3) ER POC Family History: _____

Habits: Alcohol: Y/N Smoking: Y/N Drugs: Y/N C/S → L.C.B 7g.

Remarks: G5P3A1

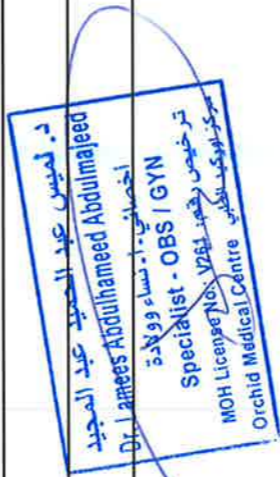
↓ AU C/S → 7g

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination: ✓

Diagnosis: Pregnant





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 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 التشخيصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن أن يكشف 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 أنه ليس هناك أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار الناتجة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عدوى 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 أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

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

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ: 2018-04-12

توقيع الطبيب المختص:



DOCTOR NOTE

12-04-2018 - ULTRASOUND done

Discharge Summary Notes (continued)

Discharge Summaries by Munia Khalid Ahmed Mohamed, MD at 4/2/2018 13:16 (continued)

Orders Placed This Encounter Procedures

- Urine culture
- X-Ray Chest
- X-Ray Abdomen
- CT Abdomen & Pelvis +C
- CBC+Diff
- Creatinine Blood
- Urea Electrolytes
- Lactic Acid, Plasma
- Glucose, Random
- Urine Routine
- C-Reactive Protein Blood, Venous
- Procalcitonin
- Urine Pregnancy
- Amylase Blood
- Amylase Random Urine
- HIV Antigen and Antibody Blood, Venous
- Hepatitis B Surface Antigen Blood, Venous
- Adult Diet Regular
- Fleet Enema
- Vital signs per unit protocol
- Consult to General Surgery
- Blood Group and Save/Screen
- Admit to Inpatient
- Discharge patient

Pertinent Test Results:

Results for orders placed or performed during the hospital encounter of 02/02/18 (from the past 72 hour(s))
CBC+Diff

Collection Time: 02/02/18 15:11

Result	Value	Ref Range
WBC COUNT	12.4 (H)	3.6 - 11.0 10 ³ /uL
RBC COUNT	5.26 (H)	3.80 - 4.80 10 ⁶ /uL
HAEMOGLOBIN	9.5 (L)	12.0 - 15.0 g/dL
HEMATOCRIT	31.2 (L)	36.0 - 46.0 %
MCV	59.2 (L)	77.0 - 95.0 fL
MCH	18.1 (L)	27.0 - 32.0 pg
MCHC	30.5 (L)	31.5 - 34.5 g/dL
RDW	19.5 (H)	11.5 - 14.0 %
PLATELET COUNT	242	150 - 410 10 ³ /uL
MPV	9.0	7.4 - 10.4 fL
NEUTROPHIL Absolute	10.9 (H)	2.0 - 7.0 10 ³ /uL
Lymphocytes Absolute	0.7 (L)	1.0 - 3.0 10 ³ /uL
Monocytes Absolute	0.8	0.2 - 1.0 10 ³ /uL
Eosinophils Absolute	0.0	0.0 - 0.5 10 ³ /uL
Basophils Absolute	0.0	0.0 - 0.1 10 ³ /uL
NEUTROPHIL%	87.9	%
LYMPHOCYTE %	5.8	%
MONOCYTE %	6.2	%
EOSINOPHIL %	0.0	%
BASOPHIL %	0.1	%
DIFFERENTIAL TYPE	AUTO DIFF	
Nucleated RBC'S	0	Per100WBC
Creatinine Blood		

Abdelrahman, Rushan Osama Mohamed (MR # 55117023) Printed at 4/2/18 15:16

Page 4 of 6