

File No#: 1000436 Date: 16/4/18 اسم المريض

Patient Name: CONIA AHMED ELASHIKAR

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 08/11/1988 Gender (الجنس): M / F

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

Marital Status (الحالة الاجتماعية): MARRIED Phone No. (رقم الهاتف): 0504762221

E.MAIL: _____

How Did You Know About Us? _____

Weight: 53.70 kg Height: _____ Blood Type: DP- 100/70 mmHg

Chief Complaint: missed period for 10 days
preg test at home +ve

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____
Allergies: _____/ _____/ _____ Pregnancy: Lmp = 13-3-2018
Hospitalization: _____/ _____/ _____ Family History: EDP = 20-12-2018

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

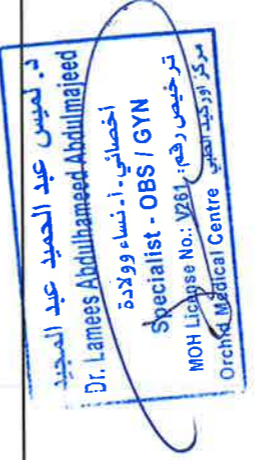
Remarks: _____

Clinical Findings: _____/

Radiography: _____/

Examination: H/S Neck exam +7 mm, ? small GS
sign & evaluation from RUL, mixed PICOS

Diagnosis: missed period



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 الاضافية 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 العلمية.

أتفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماماً 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 أقمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتلك 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 أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

DOCTOR NOTE

16-4-18 - Missed Period

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQx0*

Public Data Readed Suc

SHOW READED DATA

Confirm 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	Donia,Ahmed,Mohamed,Anwar,Elashkar	IDN:	784198868476155	Mother Name:	
Name (Ar)	دنيا احمد محمد انور الاشكر	Card Number:	082696911	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	26/03/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	17/02/2019	Date of Birth:	08/11/1988	Sponsor Name:	محمود عبدالمنعم على رجب ندا
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0153174755
Residency Type:	03	Residency Number:	20120153020971	Residency Expiry:	17/02/2019
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

4/16/2018

Name : Doria Ahmed
Sex : Female
Date Of Birth : 29 Y
Referred By : Orchid Medical Center
Receiving Date : APR-16-18 12:30 PM
Insurance Company :
Indication :

Clinic File No. : 1000436
Lab File No. : 1804-02862
Lab. Case No. : 35195
Clinic Name :
Reporting Date : APR-16-18 01:22 PM
Insurance No. :

HORMONES / ENDOCRINOLOGY

Test	Result	Methodology
BHCG qualitative Sample Type Serum	positive	

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



Mona

Analysed by : Ashar Al Rabie
Medical Laboratory Technologist

License No : T19042

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

Verified by : Dr. Mona Mohamed Hagras
Clinical Pathologist

License No : D42240

Printed on : APR-16-18 01:23 PM
Tel : +971 6 551 9916; Fax : +971 6 551 9917, E-mail: daralhikmah2012@gmail.com

Final Report
Page 1 of 1