

File No#: 1000 456 Date: 22/04/18
اسم المريض: _____

Patient Name: DOAA ELGOHAAY Gender (الجنس): M / (F)

Date of Birth (تاريخ الميلاد): _____
Occupation (الوظيفة): _____

Nationality (الجنسية): EGYPTIAN
Phone No. (رقم الهاتف): 05626973910

Marital Status (الحالة الاجتماعية): M
E.MAIL: _____

How Did You Know About Us?
Weight: 66.50 Height: 168 cm Blood Type: BP 100/80

Chief Complaint: _____

السجل الطبي Medical History

Diseases: / Medication: Thyroxin 100 mg.
Allergies: / Pregnancy: 19-11-2018
Hospitalization: September 2011 Family History: 26-8-2018

Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N
GPI AS AB +ve

Remarks: /
Clinical Findings: /
Cariculator change

Radiography: /

Examination: /

Diagnosis: pregnant 22 weeks
Dr. Lamees Abdhameed Abduimajeed
Specialist - OBS / GYN
MOH License No: 7201
Orchid Medical Centre



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 يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نذكر 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 هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماماً 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 أن هنالك 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 تماماً و لا يمكن الإطلاع 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:

توقيع الطبيب المختص:

DOCTOR NOTE

Patient Name : DOAA ELGOHARY
Medical Record Number : 101598
Date of Birth : 28/11/1985
Sex : Female
Nationality : Egyptian
Treating Doctor : Dr. Amal William Habib
Date of Issue : April 19, 2018

MEDICAL REPORT

The above named patient attended the Obstetrics & Gynecology clinic in the hospital on 27/02/2018 complaining of back pain of two weeks duration and abdominal pain.

Obstetric History:

32 years old P1+5, LSCS – 4 years ago in Latifa Hospital, regular cycles
LMP: 19/11/2017 – EDD 26/08/2018, pregnant 14 gestation weeks on Clefxane and Aspirin
Had cervical cerclage in Latifa Hospital on 18/02/2018 complained of back pain 2 weeks, abdominal pain, dysuria and vaginal burning sensation.

Past History:

- Had 5 miscarriage four cases in 1st trimester, one case in 2nd trimester. LSCS, D&C twice
- Laparotomy and Myomectomy in Egypt 2011
- Hypothyroidism on treatment
- Case of Thrombophilia
- Cervical Cerclage

Family History:

- Mother: breast cancer
- Father: diabetic and hypertensive

On Examination:

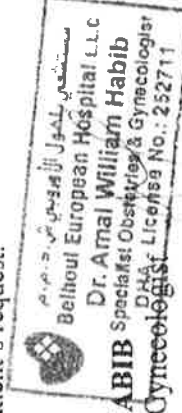
- General conditions were good and vital signs are stable BP: 100/61mmHg; Pulse: 104/min; Temperature: 36.8°C
- Chest : heart beat regular.
- Breast : soft, no mass felt, no nipple discharge.
- Per Abdomen : soft
- Uterus size : 15 weeks

Ultrasound: Single viable fetus-BPDI15/52-AC 15/52-FL 15/52-Amniotic fluid normal placenta anterior reaching the OS

On 31/03/2018, came back for follow-up fetal heart heard.

Diagnosed as high risk pregnancy, repeated miscarriage, threatened miscarriage and hypothyroidism.

This report was given upon patient's request.



DR. AMAL WILLIAM HABIB
Specialist Obstetrician and Gynecologist

BEH-FM-162

UNITED ARAB EMIRATES
Ministry of Interior
DUBAI

دولة الإمارات العربية المتحدة
وزارة الداخلية
دبي

رخصة قيادة

No.	1378963
Issue Date	01/02/2009
Expiry Date	01/02/2019

رقم
تاريخ الإصدار
تاريخ الانتهاء

2009/02/01
2019/02/01

جنسية
مصري

Nationality Egypt

اسم
أحمد منصور الجوهري

Name DOAA AHMED MANSOUR ELGHOHARY

المرور
3/

Permitted 3/



AED 150.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000512)	Date:22-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000458 - Doaa Elgohary - 971562697396		
The sum of Dhs. One Hundred Fifty Only		
By Cash 150.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 22-04-2018
Being		
Made by Ghada		

Tel: + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail: info@omc1.ae

www.omc1.ae

Doaa


SICK LEAVE CERTIFICATE

Hospital: **ORCHID MEDICAL CENTER**

Date of issue **23/APR/2018**

Cert No: **OMC1/2018/1012**

Patient's Name: DOAA EL GOHARY	File Number: 1000458
Age: 33	Sex: FEMALE

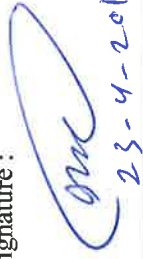

Unfitness

This is to certify that the above patient visited **MEDICAL CLINIC on 23/APR //2018**

The patient is unfit to work from **23/APR//2018** till **23/APR /2018**

Diagnosis: Pregnant with cervical cerclage and complaining from uterine contraction.

Comments:

Doctor's Name: iman Mohsin ali	License Number: D21329
Signature: 	Stamp: 
Notes:	
1- Certificate is invalid if any correction are made. 2- Certificate is Valid only if is signed and stamped. 3- Certificate is issued at patient's request	

للاستعمال الرسمي : نصادق على صحة توقيع وختم الطبيب المذكور من قبل وزارة الصحة دون تحمل إدارة منطقة الشارقة الطبية اي مسؤولية من محتويات هذا التقرير (اعتماد قسم التراخيص الطبية بمنطقة الشارقة الطبية)

Sharjah – cornich alkhan – alkhan palace 201 – near petrofac
Phone : +971 6 555 8337 mobile : +971 50 603 7996