

File No#: 1000467

Date: 23/06/2018

Patient Name: Fatima Yannis

اسم المريض:

Date of Birth: 9/94

Gender (الجنس): M / (F)

Nationality: Syrian

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 0589659549

E.MAIL:

How Did You Know About Us? Nadia Pharmacy

	Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم تذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟		Yes/No نعم / لا	No
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟		Yes/No نعم / لا	No
	Allergies هل لديك أي حساسية؟		Yes/No نعم / لا	No
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعطي من أي أمراض؟		Yes/No نعم / لا	Cesarean
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		Yes/No نعم / لا	No
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التزييف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		Yes/No نعم / لا	No
	Anemia, Leukemia(سرطان الدم)، لوكيميا		Yes/No نعم / لا	No
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		Yes/No نعم / لا	No
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		Yes/No نعم / لا	No
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل تتعاطين أي موانع للحمل؟ هل تتعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		Yes/No نعم / لا	No
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		Yes/No نعم / لا	No
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		Yes/No نعم / لا	No
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		Yes/No نعم / لا	No
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		Yes/No نعم / لا	No
Other	Other conditions? أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc...الخ		Yes/No نعم / لا	No

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 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 تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني امسك 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:



For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: — Height: — Blood Type: —

Chief Complaint: Pain associated with headache & previous history of Gingivitis & caries

السجل الطبي Medical History

Diseases: — Medication: AC

Allergies: — Pregnancy: —

Hospitalization: — Family History: —

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

Remarks: Nothing Abnormal

Clinical Findings: Poor Oral Hygiene, Caries in multiple teeth

Radiography: Radio lucency distal to β extending to pulp

Examination: Bleeding on probing, pain on percussion

Diagnosis: Pulpitis / 8



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000793)

Date:23-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000467 - FATIMA YOUNIS - 971589659549

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 315.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 23-06-2018

Being

Made by  MC

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

File No#: 1000 467

Date: 23/04/18

اسم المريض

Patient Name: FATIMA YOUNIS

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 9/1994

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): سورية

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 058-9659549

E.MAIL: _____

How Did You Know About Us?

Pharmacy nearby

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: 110/8c

Chief Complaint:

Severe headache & gummy stool & weakness
for one month with vrin incontinence

السجل الطبي
Medical History

Diseases: _____

Medication: _____

Allergies: 1/1

Pregnancy: 1 mp = C/S 15-3-2018

Hospitalization: C/S 3

Family History: mother - HT, DM

Habits: Smoking: Y/N

Alcohol: Y/N

Drugs: Y/N

Remarks: _____

Clinical Findings: Ht of election C/S on 15-3-2018
Cep-dural infection

Radiography: _____

Examination: ~~lung~~ chest clear, soft abdomen

Diagnosis: Anemia, stress incontinence (ep-dural
infection)

CBC → Hb 12.8 (normal)

د. إيمان محسن علي
Dr. Iman Mohsin Ali
ممارس عام - ممارس عام
General Practitioner
ترخيص رقم D21329
MOH License No.: D21329
Orchid Medical Centre الطبي

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 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 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 ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امالك 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:

DOCTOR NOTE

TEST REQUEST FORM

Name: Fatima Xunis
DOB/Age: 23-04-2003 Time 15:04 p.m.
Gender: Male Female
Nationality: Sujani
Mob No.: 9952021010
E-mail: fatma@daral-hikmah.com

Specimen Collection Date: 23-04-2003 Time 15:04 p.m.
Fasting: Yes No
Pregnancy: Yes No
Ref. Doctor: Dr. Emma
Ref. Clinic: Dar Al Hikmah Center
Insurance Company:
Insurance No.:

Clinical Details :

BIOCHEMISTRY	HORMONES	CMV (IgM / IgG)	ALLERGY TESTING
<input type="checkbox"/> Albumin S	<input type="checkbox"/> 17-OH-Progesterone S	<input type="checkbox"/> CRP S	<input type="checkbox"/> Allergy (Food / Inhalant / Paediatric) S
<input type="checkbox"/> Aldosterone S	<input type="checkbox"/> ACTH S	<input type="checkbox"/> EBV (IgG / IgM) S	<input type="checkbox"/> IgE S
<input type="checkbox"/> Alkaline Phosphatase S	<input type="checkbox"/> Anti-Tg Antibodies S	<input type="checkbox"/> H. pylori (Ag / Ab) S/ST	PROFILES
<input type="checkbox"/> ALT (SGPT) S	<input type="checkbox"/> Beta HCG S	<input type="checkbox"/> HAV (Total / IgM) S	<input type="checkbox"/> Anemia Profile I
<input type="checkbox"/> Amylase (Total / Pancreatic) S	<input type="checkbox"/> Cotisol (AM / PM / R) S	<input type="checkbox"/> Hbc (IgM) S	<input type="checkbox"/> Anemia Profile II
<input type="checkbox"/> AST (SGOT) S	<input type="checkbox"/> DHEA-S S	<input type="checkbox"/> HBe (Ag / Ab) S	<input type="checkbox"/> Antenatal Screen Profile
<input type="checkbox"/> Bicarbonate (HCO3) S	<input type="checkbox"/> Estradiol (E2) S	<input type="checkbox"/> HBs Ag S	<input type="checkbox"/> Diabetes Profile
<input type="checkbox"/> Bilirubin (Total / Direct / Indirect) S	<input type="checkbox"/> Estriol (E3) S	<input type="checkbox"/> HBs Ab S	<input type="checkbox"/> Double Test Profile
<input type="checkbox"/> BNP S	<input type="checkbox"/> FSH S	<input type="checkbox"/> HIV Combi S	<input type="checkbox"/> Fertility Profile - Female
<input type="checkbox"/> Calcium (Total / Ionized) S	<input type="checkbox"/> Growth Hormone S	<input type="checkbox"/> HSV I (IgG / IgM) S	<input type="checkbox"/> Fertility Profile - Male
<input type="checkbox"/> Chloride S	<input type="checkbox"/> Insulin (Fasting / PP1hr/Random) S	<input type="checkbox"/> HSV II (IgG / IgM) S	<input type="checkbox"/> General Health Profile
<input type="checkbox"/> Cholesterol (HDL / LDL) S	<input type="checkbox"/> LH S	<input type="checkbox"/> HCV Abs. S	<input type="checkbox"/> Hepatitis B Full Profile
<input type="checkbox"/> Cholesterol, Total S	<input type="checkbox"/> Parathyroid hormone (PTH) EP	<input type="checkbox"/> IgA / IgG / IgD / IgM S	<input type="checkbox"/> Hirsutism Profile I
<input type="checkbox"/> CK S	<input type="checkbox"/> Progesterone S	<input type="checkbox"/> Measles (IgG / IgM) S	<input type="checkbox"/> Hirsutism Profile II
<input type="checkbox"/> CK-MB S	<input type="checkbox"/> Prolactin S	<input type="checkbox"/> Monospot S	<input type="checkbox"/> Kidney Function Test
<input type="checkbox"/> Creatinine S	<input type="checkbox"/> SHBG S	<input type="checkbox"/> RF S	<input type="checkbox"/> Lipid Profile I
<input type="checkbox"/> Creatinine Clearance S-24h	<input type="checkbox"/> T3 (Free / Total) S	<input type="checkbox"/> Rubella (IgG / IgM) S	<input type="checkbox"/> Lipid Profile II
<input type="checkbox"/> Ferritin S	<input type="checkbox"/> T4 (Free / Total) S	<input type="checkbox"/> Toxoplasma (IgG / IgM) S	<input type="checkbox"/> Liver Function Test
<input type="checkbox"/> Folate (Folic Acid) S	<input type="checkbox"/> TBG S	<input type="checkbox"/> TPHA S	<input type="checkbox"/> Menopausal Profile
<input type="checkbox"/> GGTT S	<input type="checkbox"/> Testosterone (Free / Total) S	<input type="checkbox"/> Vericella Zoster (IgG / IgM) S	<input type="checkbox"/> Osteoporosis Profile
<input type="checkbox"/> Glucose (Fasting / Random / PP) NF	<input type="checkbox"/> Thyroglobulin (Tg) S	<input type="checkbox"/> VDRL S	<input type="checkbox"/> Ovarian Function Profile
<input type="checkbox"/> Glucose Tolerance Test NF	<input type="checkbox"/> TSH S	<input type="checkbox"/> Widal Test S	<input type="checkbox"/> Primary Health Profile
<input type="checkbox"/> HbA1c E	HAEMATATOLOGY	<input type="checkbox"/> Microbiology	<input type="checkbox"/> Prostate Profile
<input type="checkbox"/> Iron S	<input type="checkbox"/> APTT C	<input type="checkbox"/> Ear Swab C / S SW	<input type="checkbox"/> Recurrent Abortion Profile
<input type="checkbox"/> LD (LDH) S	<input type="checkbox"/> Blood Group C	<input type="checkbox"/> Eye Swab C / S SW	<input type="checkbox"/> Thyroid Profile I
<input type="checkbox"/> Magnesium S	<input type="checkbox"/> CBC E	<input type="checkbox"/> Gram Stain	<input type="checkbox"/> Thyroid Profile II
<input type="checkbox"/> Phosphorous S	<input type="checkbox"/> Coomb's Test (Direct / Indirect) E / S	<input type="checkbox"/> HVS C / S SW	<input type="checkbox"/> TORCH Ig M Profile
<input type="checkbox"/> Potassium S	<input type="checkbox"/> D-Dimer C	<input type="checkbox"/> Nasal Swab C / S SW	<input type="checkbox"/> TORCH Ig M Profile
<input type="checkbox"/> Protein Electrophoresis S	<input type="checkbox"/> ESR E	<input type="checkbox"/> Semen C / S SE	<input type="checkbox"/> Triple Test Profile
<input type="checkbox"/> Protein Total S	<input type="checkbox"/> Fibrinogen E	<input type="checkbox"/> Stool C / S ST	<input type="checkbox"/> Others
<input type="checkbox"/> Sodium S	<input type="checkbox"/> G6PD E	<input type="checkbox"/> Throat Swab C / S SW	
<input type="checkbox"/> TIBC S	<input type="checkbox"/> Hb. Electrophoresis E	<input type="checkbox"/> Urethral Discharge C / S SW	
<input type="checkbox"/> Transferrin S	<input type="checkbox"/> Lupus Anticoagulants C	<input type="checkbox"/> Urine C / S U	
<input type="checkbox"/> Triglyceride S	<input type="checkbox"/> Malaria Smear E	<input type="checkbox"/> Wet Film (HVS-Urine) SW	
<input type="checkbox"/> Troponin S	<input type="checkbox"/> Preperhal Blood Smear E	<input type="checkbox"/> Wound & Pus C / s SW	
<input type="checkbox"/> Urea S	<input type="checkbox"/> PT & INR C	<input type="checkbox"/> ZN stain for AFB	
<input type="checkbox"/> Uric Acid S	<input type="checkbox"/> Reticulocytes E	STOOL & URINE	
<input type="checkbox"/> Vitamin B12 S	<input type="checkbox"/> Rh. Antibody S	<input type="checkbox"/> Occult Blood (Stool) ST	
<input type="checkbox"/> Vitamin D Total (D2+D3) S	<input type="checkbox"/> Sickie Cell E	<input type="checkbox"/> Rotavirus (Stool) ST	
TUMOR MARKERS	SEROLOGY & VIROLOGY	<input type="checkbox"/> Stool Routine ST	
<input type="checkbox"/> AFP S	<input type="checkbox"/> ASO S	<input type="checkbox"/> Urine Routine U	
<input type="checkbox"/> Ca 125 S	<input type="checkbox"/> Anti Sperm Antibodies Ss / S	SEMEN ANALYSIS	
<input type="checkbox"/> Ca 15-3 S	<input type="checkbox"/> Anti Transglutaminase IgA S	<input type="checkbox"/> Semen CASA SE	
<input type="checkbox"/> CA 19-9 S	<input type="checkbox"/> Brucella (IgG / IgM) S	<input type="checkbox"/> Semen Fructose SE	
<input type="checkbox"/> CEA S	<input type="checkbox"/> Chlamydia Abs. (IgM / IgG) S	<input type="checkbox"/> Semen Routine SE	
<input type="checkbox"/> PSA (Free / Total) S	<input type="checkbox"/> Chlamydia Ag U / SW		

SW - Swab U - Urine C-Oxtrate Blood
EP - EDTA Plasma NF - Sodium Floride Sa - Semen St. - Stool / Faeces
S-Serun E - EDTA blood
24U - 24 hrs Urine

Specimen Receiving Date : Time AM PM

Flat 203, Union National Bank Bldg, Al Buhaira Cornish St., Al Majaz, P.O. Box 65238, Sharjah, U.A.E.
Tel +971 6 551 0016 Fax +971 6 551 0017 E-mail: info@daral-hikmah.com Website: www.daral-hikmah.com

Name: **Fatima Yunis**
Sex: **Female**
Date Of Birth: **23 Y**
Referred By: **Dr. Eman**
Receiving Date: **APR-23-18 05:04 PM**
Insurance Company:
Indication:

Clinic File No.: **100-467**
Lab File No.: **1804-03066**
Lab. Case No.: **35454**
Clinic Name: **Orchid Medical Center**
Reporting Date: **APR-23-18 06:02 PM**
Insurance No.:

HEMATOLOGY & COAGULATION

Complete Blood Count

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Haemoglobin	12.8	g/dL	12.3 - 15.3	
Haematocrit (Hct)	38.6	%	35.0 - 47.0	
Erythrocyte Count (RBC)	4.8	10 ⁶ /mm ³	4.1 - 5.1	Automated cell counter
MCV	80	µm ³	80 - 96	
MCH	27	pg	28 - 33	
MCHC	33	g/dL	33 - 36	
RDW	14.0	%	< 14	
Platelet Count	305	10 ³ /mm ³	154 - 386	Automated cell counter
Leucocyte Count (WBC)	7.8	10 ³ /mm ³	4.4 - 11.3	Automated cell counter
Differential Count				
Neutrophils	57	%	40 - 75	
Lymphocytes	32	%	20 - 45	
Monocytes	10	%	2 - 10	
Eosinophils	1	%	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 : Er-Fe Heart Balinoit



Mona

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

Printed on : APR-23-18 07:54 PM



AED 150.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000522)	Date:23-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000467 - FATIMA YOUNIS - 971589659549		
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: 23-04-2018
Being		
Made by Ghada		

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

www.omcl.ae