

File No#: 1000477 Date: 25/04/2018
Patient Name: Khudeja Kantous اسم المريض: خديجة قنطروس
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 19.03.1985
Nationality (الجنسية): Moroccan
Marital Status (الحالة الاجتماعية): متزوج
E.MAIL:

Gender (الجنس): M / F
Occupation (الوظيفة): معلمة
Phone No. (رقم الهاتف): 0507468887

How Did You Know About Us?

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: lower abdominal pain for 2 days

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____
Allergies: Penicillin Pregnancy: 21-4-2018
Hospitalization: plastic surgery Family History: father, mother SA
Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N

Remarks: _____

Clinical Findings: U/S → Both ovaries are normal, uterus is normal

Radiography: _____

Examination: CX, WBC, uric acid

Diagnosis: UTI

? sample, color, etc



مركز أوركييد 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 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 الطبية.

أتفهم أنه 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 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 املاك 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

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO'

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED 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	Khadija,,,Kantous	IDN:	784198585360468	Mother Name:	
Name (Ar)	خديجة,,,قطرون	Card Number:	081515809	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	04/01/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	01
Expiry Date:	02/01/2019	Date of Birth:	19/03/1985	Sponsor Name:	شبيخة احمدو ائد المعلا
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	280229
Residency Type:	07	Residency Number:	50120107006403	Residency Expiry:	02/01/2019
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image



Laboratory Analysis Report

Name : Khadeja Kantous
 Sex : Female
 Date Of Birth : 33 Y
 Referred By : Orchid M.C
 Receiving Date : APR-25-18 05:50 PM
 Insurance Company :
 Indication :

Clinic File No. : 1000477
 Lab File No. : 1804-03133
 Lab. Case No. : 35546
 Clinic Name :
 Reporting Date : APR-25-18 06:08 PM
 Insurance No. :

MICROBIOLOGY

Urine Analysis

Test Result Unit Reference Range Methodology

MACROSCOPIC

COLOUR Yellow
 APPEARANCE S.Cloudy
 SMELL Aromatic
 SPECIFIC GRAVITY 1.015
 PH 7.5

CHEMICAL

PROTEIN Negative
 GLUCOSE Negative
 KETONE Negative
 BILIRUBIN Negative
 UROBILINOGEN Normal
 BLOOD Negative
 NITRITE Negative

MICROSCOPIC

PUS CELLS 3 - 5 / HPF
 R.B.C 0 - 2 / HPF
 EPITHELIAL CELLS 5 - 10 / HPF
 CASTS -
 OTHERS -

Sample Type : Urine

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 : ...



Mona

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

Printed by : Norhanisa Sacar

Printed on : APR-25-18 06:08 PM
 Sharjah U.A.E

Final Report
 Page 1 of 1