

File No#: 1000483 Date: 26/04/2018

Patient Name: Mona nasir اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 12/12/1987

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Egyptia

Occupation (الوظيفة): teacher doctor

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Phone No. (رقم الهاتف): 05088877696

MAIL: 104

How Did You Know About Us? _____

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

1- ما هو الوصف الأنسب لتويع بشرتك ؟ دهنية

1 - دائمة الاحترق , قلبية الاسمرار

2- دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار

3 - قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار

4- نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار

5- بشرة داكنة السمرة

2- هل ظهرة لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ لا

3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا بسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ لا

4- هل تناولت عقار "الأكوتان" / الايسوترتينونين " خلال الست أشهر الماضية؟ لا

5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروركوينيون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟ لا

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا صبر بقدمي إلى مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها من الأصباغ الموجودة في بصليات الشعر و تعطل قدرتها على إنباء الشعر.

أتفهم أن النتائج تختلف من شخص لآخر باختلاف تاريخهم الطبي ونوع بشرتهم ونوع الشعر و التزام المريض مع تعليمات ما قبل وبعد العلاج بالليزر و إختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وأنا على علم بالطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق , التئف , الكريمات , وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

تقد تلقيت التعليمات التالية :-

. لا يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات تسمير البشرة لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج لتفادي زيادة الأعراض الجانبية.

. يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع او التئف قبل العلاج ب6 أسابيع على الأقل.

. الوشوم/التاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

. يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك على العلاجات والحساسية ونوع البشرة.

. الأشخاص الذين تناولو عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو تناولو أي عقاقير تمنعهم من التعرض إلى أشعة الشمس لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

الأعراض الجانبية قد تتضمن احمرار البشرة بما يشبه الحروق. بعض الإنتفاخ والتشقق من الممكن حدوثه. هذه الأعراض الجانبية ستنتاشي خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع نادرا ما تكون. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام واقيات الشمس.

Circle areas to be treated:

Other

LHR UNDERARM +
BIKINI FRONT & BACK
(FDP MODE)

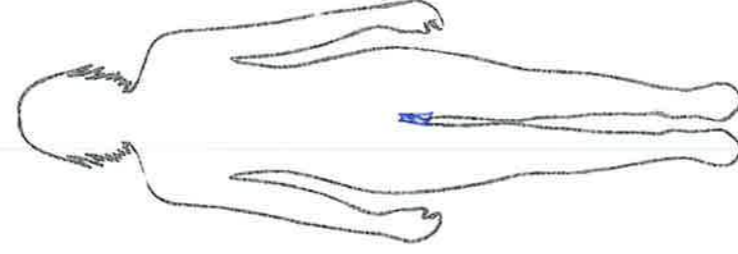
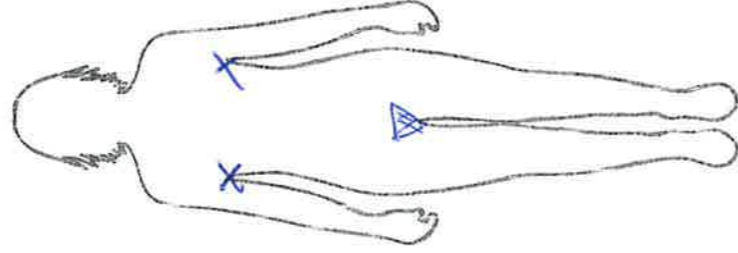
> UNDERARM - 10J/cm², SHORT,
8 Hz

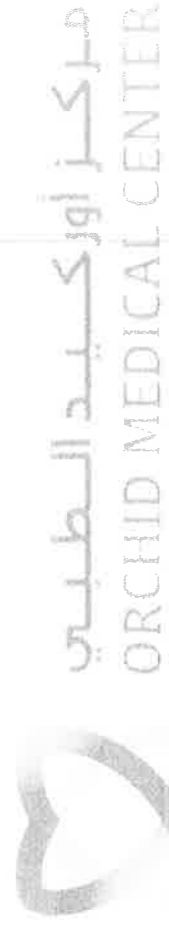
> BIKINI - 6-8J/cm², SHORT,
(FRONT) 6 Hz

BACK - 10J/cm², BURST X
2 PASSES (DPI MODE)



7 JUNE 2018
START - 2:30 AM
END - 3 AM





AED 350.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000544)	Date:26-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000483 - MONA NASIR - 97150887696		
The sum of Dhs. Three Hundred Fifty Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 350.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 26-04-2018
Being		
Made by Ghada		

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

www.omc1.ae

Ghada



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000734)

Date:07-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000483 - MONA NASIR - 971508877696**The sum of Dhs. **Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **472.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **07-06-2018**

Being

Made by **Ghada KC**

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

File No#: 1000483 Date: 26-04-2018

Patient Name: Mona Nasir

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 17/12/1987

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): سورية

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Phone No. (رقم الهاتف): 0508877696

E.MAIL: _____

How Did You Know About Us?

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint:

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____

Medication: _____

Allergies: _____

Pregnancy: _____

Hospitalization: _____

Family History: _____

Habits: Smoking: Y/N

Alcohol: Y/N

Drugs: Y/N

Remarks: _____

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination: _____

Diagnosis: _____

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 ترويدي 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 ذكر في الفحص الاولي، 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 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 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 امتك 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: 26/04/2018

توقيع الطبيب المختص:

DOCTOR NOTE

18.07.2018 Consultation
Botox 11FU
filler 13cc of filler
Botox 40 units
filler 13cc of filler
Botox 40 units
filler 13cc of filler
(2 per side)



27-1-2019

Botox for derm
need filler 1 per
need gyn exam for P.C.O

Botox for (sounding down)



Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI
50047
Specialist Dermatology



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002438)

Date:27-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000483 - MONA NASIR - 971508877696

The sum of Dhs. Nine Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 945.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 27-01-2019

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,785.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003867)

Date:30-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000483 - MONA NASIR - 971508877696

The sum of Dhs. One Thousand Seven Hundred Eighty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,785.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 30-05-2019

Being lip filler + checks filler + vat ramadan offer

Made by Rana

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1000483 - MONA NASIR - 971508877696

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

TEST REQUEST FORM

Name : MUNA NAFIS
DOB/Age : 12/12/1987
Gender : Male Female
Nationality : SYRIAN
Mob No.:
E-mail : info@omcl.gk
Report Send to : info@omcl.gk

Specimen Collection Date: 26/4/18 Time: 7:45 PM
Fasting Yes No
Pregnancy Yes No
Ref. Doctor:
Ref. Clinic :
Insurance Company:
Insurance No.:

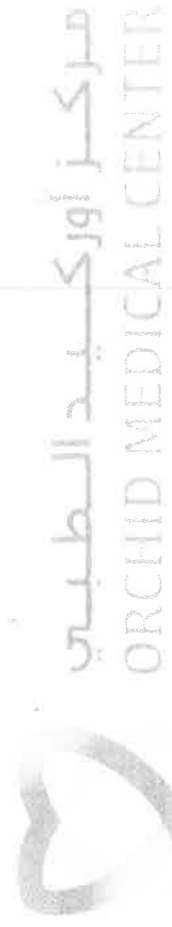
Clinical Details :

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-Tig 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"/> Cortisol (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 (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"/> GGT 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	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 E	<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 SW	<input type="checkbox"/> Thyroid Profile II
<input type="checkbox"/> Phosphorus 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 C	<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"/> TBIC 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"/> Preperal 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"/> Sickle 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 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 S-Serum E - EDTA blood U - Urine C-Citrate Blood
EP - EDTA Plasma 24U - 24 hrs Urine NF - Sodium Floride Se - Semen St. - Stool / Faeces

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 9916, Fax: +971 6 551 9917, E-mail: info@dhmlab.com, Website: www.dhmlab.com



AED 320.00	RECEIPT VOUCHER (No. REC-000545)	Date: 26-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000483 - MONA NASIR - 97150887696		
The sum of Dhs. Three Hundred Twenty Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 320.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 26-04-2018
Being		
Made by Ghada		

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

www.omc1.ae

Ghada

Name : **Mona Nasir**
Sex : **Female**
Date Of Birth : **30 Y**
Referred By : **Dr. Eman**
Receiving Date : **APR-26-18 08:33 PM**
Insurance Company :
Indication :

Clinic File No. : **1804-03190**
Lab File No. : **35616**
Lab. Case No. : **Orchid Medical Center**
Clinic Name : **APR-28-18 11:16 AM**
Reporting Date :
Insurance No. :

HEMATOLOGY & COAGULATION

Complete Blood Count

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Haemoglobin	12.1	L g/dL	12.3 - 15.3	
Haematocrit (Hct)	36.8	%	35.0 - 47.0	
Erythrocyte Count (RBC)	4.3	10 ⁶ /mm ³	4.1 - 5.1	Automated cell counter
MCV	86	µm ³	80 - 96	
MCH	28	pg	28 - 33	
MCHC	33	g/dL	33 - 36	Automated cell counter
RDW	14.4	%	< 14	
Platelet Count	155	10 ³ /mm ³	150 - 450	Automated cell counter
Leucocyte Count (WBC)	7.9	10 ³ /mm ³	4.4 - 11.3	Automated cell counter
Differential Count				
Neutrophils	58	%	40 - 75	
Lymphocytes	30	%	20 - 45	
Monocytes	10	%	2 - 10	
Eosinophils	2	%	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 : ...



Mona

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

Printed on : APR-28-18 12:51 PM
Printed at : Dar Al Hikmah Medical Laboratory, Sharjah, U.A.E.

Final Report
Page 1 of 1

Printed by : Er-Fe Heart Balmait

Name : **Mona Nasir** Clinic File No. :
 Sex : **Female** Lab File No. : **1804-03190**
 Date Of Birth : **30 Y** Lab. Case No. : **35616**
 Referred By : **Dr. Eman** Clinic Name : **Orchid Medical Center**
 Receiving Date : **APR-26-18 08:33 PM** Reporting Date : **APR-28-18 11:15 AM**
 Insurance Company : Insurance No. :

CLINICAL CHEMISTRY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Glucose, Random	105.2	mg/dL	Non pregnant: 60 - 140 Pregnant: 60 - 105	

Sample Type : *NaF-Plasma*

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

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

Analysed by : ...
 Printed by : **Er-Fe Heart Balanit**
 Flat. 203, Union: National Bank Bldg, Al Buhaira Cornich St., Al Majaz, P. O. Box: 65238, Sharjah, U.A.E.
 Tel: +971 6 551 9916 Fax: +971 6 551 9917 E-mail: daralhikmah2012@gmail.com

Final Report
 Page 1 of 1
 Printed on : APR-28-18 12:51 PM

Name : **Mona Nasir**
Sex : **Female**
Date Of Birth : **30 Y**
Referred By : **Dr. Eman**
Receiving Date : **APR-26-18 08:33 PM**
Insurance Company :
Indication :

Clinic File No. :
Lab File No. : **1804-03190**
Lab. Case No. : **35616**
Clinic Name : **Orchid Medical Center**
Reporting Date : **APR-28-18 11:16 AM**
Insurance No. :

HORMONES / ENDOCRINOLOGY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
TSH	0.98	uIU/mL	0.47 - 4.88	ECLIA

Sample Type Serum

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 Hagrass**
Clinical Pathologist
License No : D42240

Final Report
Page 1 of 1

Printed by : **Er-Fe Heart Balinait**

Union National Bank Bldg. Al Buhaira Cornich St. Al Majaz P O Box 65238 Sharjah U.A.E
Tel : +971 6 551 9916 Fax : +971 6 551 9917 E-mail : daralnihkman2012@gmail.com

Printed on : APR-28-18 12:52 PM