

File No#: 100515 Date: 5/5/2018
اسم المريض

Patient Name: Zahra Ahmad Gender (الجنس): M / F

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 6/11/1990 Occupation (الوظيفة):

Nationality (الجنسية): Comoros Phone No. (رقم الهاتف): 508058860

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

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: 10 bottles of water - green tea (2).

Diagnosis:

نموذج إقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

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:

أفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الاجراءات الطبية الاضائية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أفهم أن من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب اجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.


أفرض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

أفهم أنه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أفهم تماماً كافة الأخطار الناجمة عن الفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية، و أفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أفهم أن 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 تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتلاك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و إن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و أنني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي: 

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

DOCTOR NOTE

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

Public Data Readed Succ

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	Zahra,Ahmad,Shaabari,Abdallah	IDN:	784199071919627	Mother Name:	
Name (Ar)	زهراء احمد شعبان عبدالله	Card Number:	082275170	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	COM	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	جزر القمر		
Issue Date:	26/02/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	23/02/2020	Date of Birth:	06/11/1990	Sponsor Name:	نواف احمد شعبان عبدالله
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	517275
Residency Type:	03	Residency Number:	20120113060874	Residency Expiry:	23/02/2020
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

زهراء

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

5/5/2018

TEST REQUEST FORM

Lab No.:

Name : ZAHRA AHMAD SHABAN
 DOB/Age : 6/11/1990
 Gender : Male Female
 Nationality :
 Mob No. :
 E-mail : info@dmcl.ae
 Report Send to : info@dmcl.ae

Specimen Collection Date: 5/5/18 Time: 10 AM
 Fasting Yes No
 Pregnancy Yes No
 Ref. Doctor: DICHA MEDICAL CENTER
 Ref. Clinic :
 Insurance Company:
 Insurance No.:

Clinical Details :

BIOCHEMISTRY	HORMONES	ALLERGY TESTING
<input type="checkbox"/> Albumin S	<input type="checkbox"/> 17-OH-Progesterone S	<input type="checkbox"/> CMV (IgM / IgG) S
<input type="checkbox"/> Albosterone S	<input type="checkbox"/> ACTH S	<input type="checkbox"/> CRP S
<input type="checkbox"/> Alkaline Phosphatase S	<input type="checkbox"/> Anti-Tg Antibodies S	<input type="checkbox"/> EBV (IgG / IgM) S
<input type="checkbox"/> ALT (SGPT) S	<input type="checkbox"/> Beta HCG S	<input type="checkbox"/> H. pylori (Ag / Ab) S/ST
<input type="checkbox"/> Amylase (Total / Pancreatic) S	<input type="checkbox"/> Cotisol (AM / PM / R) S	<input type="checkbox"/> HAV (Total / IgM) S
<input type="checkbox"/> AST (SGOT) S	<input type="checkbox"/> DHEA-S S	<input type="checkbox"/> HBc (IgM) S
<input type="checkbox"/> Bicarbonate (HCO3) S	<input type="checkbox"/> Estradiol (E2) S	<input type="checkbox"/> HBe (Ag / Ab) S
<input type="checkbox"/> Bilirubin (Total / Direct / Indirect) S	<input type="checkbox"/> Estriol (E3) S	<input type="checkbox"/> HBs Ag S
<input type="checkbox"/> BNP S	<input type="checkbox"/> FSH S	<input type="checkbox"/> HBs Ab S
<input type="checkbox"/> Calcium (Total / Ionized) S	<input type="checkbox"/> Growth Hormone S	<input type="checkbox"/> HIV Combi S
<input type="checkbox"/> Chloride S	<input type="checkbox"/> Insulin (Fasting / PP1hr/Random) S	<input type="checkbox"/> HSV I (IgG / IgM) S
<input type="checkbox"/> Cholesterol (HDL / LDL) S	<input type="checkbox"/> LH S	<input type="checkbox"/> HSV II (IgG / IgM) S
<input type="checkbox"/> Cholesterol, Total S	<input type="checkbox"/> Parathyroid hormone (PTH) EP	<input type="checkbox"/> HCV Abs. S
<input type="checkbox"/> CK S	<input type="checkbox"/> Progesterone S	<input type="checkbox"/> Measles (IgG / IgM) S
<input type="checkbox"/> CK-MB S	<input type="checkbox"/> Prolactin S	<input type="checkbox"/> Monospot S
<input type="checkbox"/> Creatinine Clearance S/24h	<input type="checkbox"/> SHBG S	<input type="checkbox"/> RF S
<input type="checkbox"/> Ferritin S	<input type="checkbox"/> T3 (Free / Total) S	<input type="checkbox"/> Rubella (IgG / IgM) S
<input type="checkbox"/> Folate (Folic Acid) S	<input type="checkbox"/> T4 (Free / Total) S	<input type="checkbox"/> Toxoplasma (IgG / IgM) S
<input type="checkbox"/> Glucose (Fasting / Random / PP) / NF	<input type="checkbox"/> TBG S	<input type="checkbox"/> TPHA S
<input type="checkbox"/> Glucose Tolerance Test NF	<input type="checkbox"/> Testosterone (Free / Total) S	<input type="checkbox"/> Vericella Zoster (IgG / IgM) S
<input type="checkbox"/> HbA1c E	<input type="checkbox"/> Thyroglobulin (Ig) S	<input type="checkbox"/> VDRL S
<input type="checkbox"/> Iron S	HAEMATOLOGY	<input type="checkbox"/> Widal Test S
<input type="checkbox"/> LD (LDH) S	<input type="checkbox"/> APTT C	MICROBIOLOGY
<input type="checkbox"/> Magnesium S	<input type="checkbox"/> Blood Group E	<input type="checkbox"/> Ear Swab C / S SW
<input type="checkbox"/> Phosphorous S	<input type="checkbox"/> CBC E	<input type="checkbox"/> Eye Swab C / S SW
<input type="checkbox"/> Potassium S	<input type="checkbox"/> Coomb's Test (Direct / Indirect) E / S	<input type="checkbox"/> Gram Stain
<input type="checkbox"/> Protein Electrophoresis S	<input type="checkbox"/> D-Dimer C	<input type="checkbox"/> HVS C / S SW
<input type="checkbox"/> Protein Total S	<input type="checkbox"/> ESR E	<input type="checkbox"/> Nasal Swab C / S SW
<input type="checkbox"/> Sodium S	<input type="checkbox"/> Fibrinogen C	<input type="checkbox"/> Semen C / S SE
<input type="checkbox"/> TIBC S	<input type="checkbox"/> GGD E	<input type="checkbox"/> Stool C / S ST
<input type="checkbox"/> Transferrin S	<input type="checkbox"/> Hb. Electrophoresis E	<input type="checkbox"/> Throat Swab C / S SW
<input type="checkbox"/> Triglyceride S	<input type="checkbox"/> Luolus Anticoagulants C	<input type="checkbox"/> Urethral Discharge C / S SW
<input type="checkbox"/> Urea S	<input type="checkbox"/> Malaria Smear E	<input type="checkbox"/> Urine C / S U
<input type="checkbox"/> Uric Acid S	<input type="checkbox"/> Preperhal Blood Smear	<input type="checkbox"/> Wet Film (HVS-Urine) S
<input type="checkbox"/> Vitamin B12 S	<input type="checkbox"/> PT & INR C	<input type="checkbox"/> Wound & Pus C / s SW
<input type="checkbox"/> Vitamin D Total (D2+D3) S	<input type="checkbox"/> Reticulocytes E	<input type="checkbox"/> ZN stain for AFB
TUMOR MARKERS	<input type="checkbox"/> Rh. Antibody E	STOOL & URINE
<input type="checkbox"/> AFP S	<input type="checkbox"/> Sickie Cell E	<input type="checkbox"/> Occult Blood (Stool) ST
<input type="checkbox"/> Ca 125 S	SEROLOGY & VIROLOGY	<input type="checkbox"/> Rotavirus (Stool) ST
<input type="checkbox"/> Ca 15-3 S	<input type="checkbox"/> ASD S	<input type="checkbox"/> Stool Routine ST
<input type="checkbox"/> CA 19-9 S	<input type="checkbox"/> Anti Sperm Antibodies S	<input type="checkbox"/> Urine Routine U
<input type="checkbox"/> CEA S	<input type="checkbox"/> Anti Transglutaminase IgA S	SEMEN ANALYSIS
<input type="checkbox"/> PSA (Free / Total) S	<input type="checkbox"/> Brucella (IgG / IgM) S	<input type="checkbox"/> Semen CASA SE
	<input type="checkbox"/> Chlamydia Abs. (IgM / IgG) S	<input type="checkbox"/> Semen Fructose SE
	<input type="checkbox"/> Chlamydia Ag U/SW	<input type="checkbox"/> Semen Routine SE

SW - Swab 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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,200.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000590)	Date:05-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000515 - ZAHRA AHMAD - 971508058860		
The sum of Dhs. Two Thousand Two Hundred Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 2,200.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 05-05-2018
Being		
Made by Ghada		

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