

File No: ١٥٥١٨٩١٣

Date: ٧ / ٤ / 2019

Date: ٧ / ٤ / 2019 File Number: ١٥٥١٨٩١٣ ١٨٩١٣

Patient Name: Noure Rashid Salm اسم المريض:

Date Of Birth: ١٢ / ٧ / ١٩٧٩ Gender: M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: U.A.E. Occupation: (الوظيفة)

Address: Sharjah - Naaf (العنوان) Phone No. (رقم الهاتف): ٥٥٥ / 2822190

E-MAIL: nouawy2@hotmail.com How did you know about us: From my family

التاريخ الطبي Medical History		Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition			
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟		No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟		No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		No	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟		Yes	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب		No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا		No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، امراض اخرى		No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو تناسلية؟		No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي ممانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟		No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى		No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟		No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟			
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟		No	
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV... etc		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 any procedures which are advisable in their professional judgment.
- I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.
- I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.
- I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.
- I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.
- I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.
- I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its' content and I sign it with all my will.

I am fully aware that any payments is NON refundable

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... /

نموذج إقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما نكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لتناجح العلاج و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاضرار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاضرار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و اذ ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فحفي للملف صحيحة. و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد
توقيع المريض / ولي الأمر (من دون السن القانونية):

التاريخ: 7.4.19



استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (فصيلة الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

Smoking (التخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings


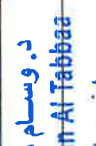
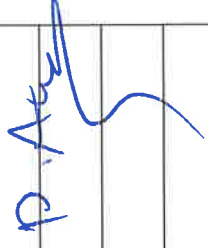

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
7.4.19	Facial Face + Mesotherapy Ⓢ hair. 2 ml		Done.	
	<p><u>Package</u></p> <p>Facial X1 = 350</p> <p>Carbon X3 = 700</p> <p>Meso hair X3 = 1650</p> <p><u>2700</u></p>			
	discount 150			
10.7.2019	Meso hair	1338		 د. وسام مروان الطيب Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa اختصاصي جلدية Dermatology specialist Moh License No.: 1828 مركز أوركيذ الطبي Orchid Medical Centre
10.7.2019	RCT 41			P. A. 
16-11	الجلسة الثانية 70 There is send pain			 د. اميرة حسن Dr. Amira Hassan ممارس عام - طبيب اسنان عام G.P General Dentist MOH License No.: D57288 مركز أوركيذ الطبي Orchid Medical Centre

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQXO

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	Noura,Rashid,Salim,Rashid,Binoqad	IDN:	784197942057148	Mother Name:	Aishia Sayed Hassan aldeen
Name (Ar)	نور رشيد صالح رشيد بنو عوف	Card Number:	089257739	Mother Name (Ar):	عائشة سيد حسن الدين
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	301002779
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	28/05/2018	Date of Birth:	12/07/1979	Sponsor Name:	
Expiry Date:	28/05/2028	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	01	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	4113	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				



Photo

Signature Image

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

4/7/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,338.75

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003254

Date: 07-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001897 - NOURA RASHID - 971502822190

The sum of Dhs. One Thousand Three Hundred Thirty Eight and Seven Five Fills Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,338.75 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being ADVANCE FOR 1 SESSION FACIAL (350) + 3 SESSION MESO HAIR (1500) + 3 SESSION CARBON (700) + VAT

Made by Hiba

- 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

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

Handwritten signature and date: 7.4.2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005473

Date: 09-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001897 - NOURA RASHID - 971502822190**

The sum of Dhs. **Two Hundred Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **200.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Payment: **Payment ADVANCE FOR RCT FIRST SESSION**

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

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

www.omc1.ae

Clinic File No.:

Lab File No.:

Lab No.:

TEST REQUEST FORM

Name: Noorah Rashid
DOB/Age: _____
Gender: Male Female
Nationality: _____
Mob No.: _____
E-mail: _____
Report Send to: _____

Specimen Collection Date: _____ Time: _____
Fasting Yes No
Pregnancy Yes Week 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-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 checked="" type="checkbox"/> T3 (Free / Total) S	<input type="checkbox"/> Rubella (IgG / IgM) S	<input type="checkbox"/> Lipid Profile II
<input checked="" type="checkbox"/> Ferritin S	<input checked="" 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 (Ig) 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 E	<input type="checkbox"/> Eye Swab C / S SW	<input type="checkbox"/> Thyroid Profile I
<input type="checkbox"/> Magnesium S	<input checked="" 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 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"/> 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)	
<input type="checkbox"/> Troponin S	<input type="checkbox"/> Prepheral Blood Smear	<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 Se/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