



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

File No: 1002072

Date: 1/5/2019

Date: 01/05/2019

File Number: 1002072

اسم المريض: .....  
Patient Name: Mr. Mohamed Amr Alshahab  
تاريخ الميلاد (الجنسية): 30/04/1986 Gender (M) / F  
Date Of Birth (Nationality):  
الوظيفة: Business Developer  
Nationality (Occupation):  
العنوان: JVC - Sector 11  
Address (Phone No.): 0550101919  
E-MAIL: Mohamed.A.amin@orchid.com  
How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض 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) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	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 اقرار طبي

أوافق وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل وخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية والطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الصلابة

أتفهم أن هناك رسوم بالمعد 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 فحسي للملف صحيحة و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا الأقرار 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):

١٩٨٤ / ١٠ / ٥  
التاريخ: ... / ... / .....

## استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

### المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دم فصية):	-
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم ضغط):	/	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 المستشفى

Smoking (التدخين): 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

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO'

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	Mohammad Anwar,Abdullah, Mansouri	IDN:	784198669576484	Mother Name:	
Name (Ar)	محمد انور عبدالله منصورى	Card Number:	090947843	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRN	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	جمهورية ايران الإسلامية		
Issue Date:	23/09/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	22/09/2020	Date of Birth:	30/04/1986	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120122339766	Residency Expiry:	22/09/2020
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

5/1/2019



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 294.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003517)

Date:01-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002072 - MOHAMMAD ANWAR - 971501010190

The sum of Dhs. **Two Hundred Ninety-Four Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **294.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 01-05-2019

Being **VITAMIN D TEST + THYROID TEST(TSH,FT3,FT4) + 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

Confirmed by : 1002072 - MOHAMMAD ANWAR - 971501010190

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



**TEST REQUEST FORM**

Name: **MR. MOHAMED ANWAR ABUALLAH**  
DOB/Age: **30/04/1986**  
Gender:  Male  Female  
Nationality: **JORDAN**  
Mob No.: **0505010190**  
E-mail:  
Report Send to: **ORCHID MEDICAL CENTRE**

Specimen Collection Date: **15/2019** Time **AM**  
Fasting  Yes  No  
Pregnancy  Yes  Week  
Ref. Doctor: **DR**  
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"/> Aldosterone S	<input type="checkbox"/> ACTH S	<input type="checkbox"/> CRP S
<input type="checkbox"/> Alkaline Phosphatase S	<input type="checkbox"/> Anti-Tig 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"/> IgA / IgG / IgD / IgM S
<input type="checkbox"/> CK-MB S	<input type="checkbox"/> Prolactin S	<input type="checkbox"/> Measles ( IgG / IgM ) S
<input type="checkbox"/> Creatinine S	<input type="checkbox"/> SHBG S	<input type="checkbox"/> Monospot S
<input type="checkbox"/> Creatinine Clearance S+24U	<input type="checkbox"/> T3 ( Free / Total ) S	<input type="checkbox"/> RF S
<input type="checkbox"/> Ferritin S	<input type="checkbox"/> T4 ( Free / Total ) S	<input type="checkbox"/> Rubella ( IgG / IgM ) S
<input type="checkbox"/> Folate ( Folic Acid ) S	<input type="checkbox"/> TBG S	<input type="checkbox"/> Toxoplasma ( IgG / IgM ) S
<input type="checkbox"/> GGT S	<input type="checkbox"/> Testosterone ( Free / Total ) S	<input type="checkbox"/> TPHA S
<input type="checkbox"/> Glucose ( Fasting / Random / PP ) NF	<input type="checkbox"/> Thyroglobulin ( Tg ) S	<input type="checkbox"/> Vericella Zoster ( IgG / IgM ) S
<input type="checkbox"/> Glucose Tolerance Test NF	<input type="checkbox"/> TSH S	<input type="checkbox"/> VDRL S
<input type="checkbox"/> HbA1c E	<b>HAEMATATOLOGY</b>	<input type="checkbox"/> Widal Test S
<input type="checkbox"/> Iron S	<input type="checkbox"/> APTT C	<b>MICROBIOLOGY</b>
<input type="checkbox"/> LD (LDH) S	<input type="checkbox"/> Blood Group E	<input type="checkbox"/> Ear Swab C / S SW
<input type="checkbox"/> Magnesium S	<input type="checkbox"/> CBC E	<input type="checkbox"/> Eye Swab C / S SW
<input type="checkbox"/> Phosphorous S	<input type="checkbox"/> Coomb's Test ( Direct / Indirect ) E / S	<input type="checkbox"/> Gram Stain
<input type="checkbox"/> Potassium S	<input type="checkbox"/> D-Dimer C	<input type="checkbox"/> HVS C / S SW
<input type="checkbox"/> Protein Electrophoresis S	<input type="checkbox"/> ESR E	<input type="checkbox"/> Nasal Swab C / S SW
<input type="checkbox"/> Protein Total S	<input type="checkbox"/> Fibrinogen C	<input type="checkbox"/> Semen C / S SE
<input type="checkbox"/> Sodium S	<input type="checkbox"/> G6PD E	<input type="checkbox"/> Stool C / S ST
<input type="checkbox"/> TIBC S	<input type="checkbox"/> Hb. Electrophoresis E	<input type="checkbox"/> Throat Swab C / S SW
<input type="checkbox"/> Transferrin S	<input type="checkbox"/> Lupus Anticoagulants C	<input type="checkbox"/> Thyroid Profile I
<input type="checkbox"/> Triglyceride S	<input type="checkbox"/> Malaria Smear E	<input type="checkbox"/> Thyroid Profile II
<input type="checkbox"/> Troponin S	<input type="checkbox"/> Prepheral Blood Smear E	<input type="checkbox"/> TORCH IgG Profile
<input type="checkbox"/> Uric Acid S	<input type="checkbox"/> PT & INR C	<input type="checkbox"/> TORCH Ig M Profile
<input type="checkbox"/> Vitamin B12 S	<input type="checkbox"/> Reticulocytes E	<input type="checkbox"/> Triple Test Profile
<input type="checkbox"/> Vitamin D Total ( D2+D3 ) S	<input type="checkbox"/> Rh. Antibody S	<input type="checkbox"/> Others.....
<b>TUMOR MARKERS</b>	<input type="checkbox"/> Sickle Cell E	
<input type="checkbox"/> AFP S	<b>SEROLOGY &amp; VIROLOGY</b>	
<input type="checkbox"/> Ca 125 S	<input type="checkbox"/> ASO S	
<input type="checkbox"/> CA 15-3 S	<input type="checkbox"/> Anti Sperm Antibodies S	
<input type="checkbox"/> CA 19-9 S	<input type="checkbox"/> Anti Transglutaminase IgA S	
<input type="checkbox"/> CEA S	<input type="checkbox"/> Brucella ( IgG / IgM ) S	
<input type="checkbox"/> PSA ( Free / Total ) S	<input type="checkbox"/> Chlamydia Abs. ( IgM / IgG ) 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





Laboratory Analysis Report

Name : **Mohamed Anwar Abdulllah**  
Sex : **Male**  
Date Of Birth : **33 Y**  
Referred By : **Orchid MC**  
Receiving Date : **MAY-01-19 04:12 PM**  
Insurance Company :  
Indication :

Clinic File No. : **1002072**  
Lab File No. : **1905-04150**  
Lab. Case No. : **50774**  
Clinic Name : **Orchid Medical Center**  
Reporting Date : **MAY-01-19 08:53 PM**  
Insurance No. :

**HORMONES / ENDOCRINOLOGY**

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Tri-iodothyronine - Free (FT3)	4.10	H pg/mL	2.47 - 3.90	
Thyroxine- Free (FT4)	1.10	ng/dL	0.61 - 1.12	ECLIA
TSH	1.40	uIU/mL	0.34 - 5.60	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



*Mona*

Analysed by : ...

Verified by : **Dr. Mona Mohamed Hagrass**  
Clinical Pathologist

License No : D42240

Final Report  
Page 1 of 1

Printed by : Er-Fe Heart Balinit  
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

Printed on : MAY-01-19 09:27 PM

Name : **Mohamed Anwar Abdullah**      Clinic File No. : **1002072**  
Sex : **Male**      Lab File No. : **1905-04150**  
Date Of Birth : **33 Y**      Lab. Case No. : **50774**  
Referred By : **Orchid MC**      Clinic Name : **Orchid Medical Center**  
Receiving Date : **MAY-01-19 04:12 PM**      Reporting Date : **MAY-01-19 06:20 PM**  
Insurance Company :      Insurance No. :

**CLINICAL CHEMISTRY**

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Vitamin D, 25-OH (Total)	15.3	L ng/mL	Deficient: <20 ng/mL Insufficient: 20 - 30 ng/mL Sufficient: 30 - 100 ng/mL Upper Safety limit: >100 ng/mL	ICMA
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



*Mona*

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

Printed by : **Er-Fe Heart Ballnoit**      Final Report  
Flat 203, Union National Bank Bldg, Al Buhaira Cornich St., Al Majaz, P.O. Box: 65238, Sharjah, U.A.E.      Page 1 of 1  
Tel: +971 6 551 9916, Fax : +971 6 551 9917, E-mail: daralhikmah2012@gmail.com      Printed on : MAY-01-19 09:27 PM