



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002311

Date: 12/6/2019

Date: 12/6/2019

File Number: 1002311

Patient Name: Solaf Darwish

اسم المريض: سلاف

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1/1/2003

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Syrian

.....

Address (العنوان):

.....

Phone No. (رقم الهاتف): 0544790974

.....

E-MAIL:

.....

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 (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، 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 هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط 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 اقرار طبي

أوافق و أسمح 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 الأفضل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر 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 الطبية.

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

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك 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 قدمت لي فتصلي للملف الصحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً 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: 17 يوليو 2019
6

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

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: / /

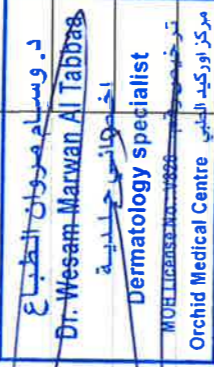
Treatment Plan خطة العلاج

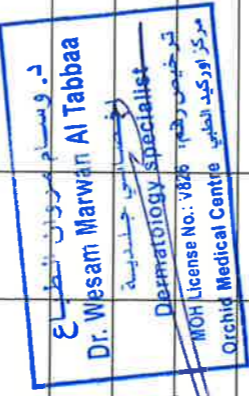
Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
12/6/19	Severe acNE vulgaris Plan: Roaccutan Blood test: CBC - lipid profile - liver function Glucose fasti Rando pt dosant fasting	Gen 200 + Blood test		
				
17/6/2019	Blood test Normal			
	W= 47 oratan 20mg 1 month			



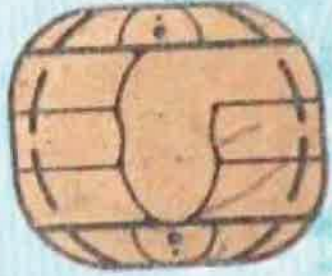
United Arab Emirates

Resident Identity Card



دولة الإمارات العربية المتحدة

بطاقة هوية مقيم



ID Number / رقم الهوية

784-2003-3769435-8



الإسم: سلاف زكريا درويش

Name: Solaf Zakaria Darwish

الجنسية: الجمهورية العربية السورية

Nationality: Syrian Arab Republic





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 410.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004032)

Date: 12-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002311 - SULAF 00. - 971544790974

The sum of Dhs. Four Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 410.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 12-06-2019

Being CONSULTATION + LAB TEST + VAT

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 : 1002311 - SULAF 00. - 971544790974

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

www.omc1.ae

Name : Solaf Darwish
Sex : Female
Date Of Birth : 16 Y
Referred By : Dr. Wisam
Receiving Date : JUN-12-19 08:39 PM
Insurance Company :
Indication :

Clinic File No. :
Lab File No. : 1906-05368
Lab. Case No. : 52344
Clinic Name : Orchid Medical Center
Reporting Date : JUN-12-19 10:28 PM
Insurance No. :

CLINICAL CHEMISTRY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Glucose, Random	77.2	mg/dL	60.0 - 140.0 Non pregnant: 60 - 140 Pregnant: 60 - 105	
<i>Sample Type</i> Cholesterol	171.0	mg/dL	92 - 234	Enzymatic
Triglycerides	82.0	mg/dL	Desirable: <150 Borderline: 150-160 High level: >160	Enzymatic
HDL Cholesterol	59.0	mg/dL	42.0 - 88.0	
LDL Cholesterol	95.6	mg/dL	Optimal: <100 Borderline high: 100-159 High: 160-189	Gel Card Technique
VLDL Cholesterol	16.4	mg/dL	7.0 - 30.0	Calculation
Cholesterol/HDL	2.9	Ratio	< 4.5	Calculation
HDL/LDL	0.6	Ratio	> 0.3	Calculation
<i>Sample Type Serum</i> Alanine Aminotransferase (ALT)	8	U/L	< 34	Kinetic
Aspartate Aminotransferase (AST)	12	U/L	< 31	
Gamma Glutamyl Transferase (GGT)	16.6	U/L	< 38	

* Samples are processed on the same day of request unless indicated otherwise
* Results reported are for the samples received and reference ranges are age related when applicable



Mona

Analysed by : ...

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

Final Report
Page 1 of 2

Printed by : Er-Fe Heart Ballinait
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 : JUN-13-19 09:22 AM

Name : Solaf Darwish
Sex : Female
Date Of Birth : 16 Y
Referred By : Dr. Wisam
Receiving Date : JUN-12-19 08:39 PM
Insurance Company :
Indication :

Clinic File No. :
Lab File No. : 1906-05368
Lab. Case No. : 52344
Clinic Name : Orchid Medical Center
Reporting Date : JUN-12-19 10:28 PM
Insurance No. :

CLINICAL CHEMISTRY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Bilirubin total	0.43	mg/dL	< 2.0	Diazo Reaction
Bilirubin direct	0.20	mg/dL	< 0.2	Colorimetric
Total Protein	6.9	g/dL	6.4 - 8.3	Colorimetric
Albumin	4.5	g/dL	3.2 - 4.5	Colorimetric
Globulin	2.4	g/dL	1.2 - 5.3	
Alkaline phosphatase (ALP)	60.0	U/L	<98	Colorimetric
<i>Sample Type Serum</i>				

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 : ...



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

License No : D42240
Printed on : JUN-13-19 09:22 AM
Sharjah, U.A.E

Final Report
Page 2 of 2

Printed by : Er-Fe Heart Balinoit
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

Name : Solaf Darwish
Sex : Female
Date Of Birth : 16 Y
Referred By : Dr. Wisam
Receiving Date : JUN-12-19 08:39 PM
Insurance Company :
Indication :

Clinic File No. :
Lab File No. : 1906-05368
Lab. Case No. : 52344
Clinic Name : Orchid Medical Center
Reporting Date : JUN-12-19 10:29 PM
Insurance No. :

HEMATOLOGY & COAGULATION

Complete Blood Count

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Haemoglobin	14.9	g/dL	11.5 - 15.0	
Haematocrit (Hct)	42.7	%	35.0 - 47.0	
Erythrocyte Count (RBC)	5.0	10 ⁶ /mm ³	4.0 - 5.1	Automated cell counter
MCV	85	µm ³	75 - 95	
MCH	30	pg	27 - 31	
MCHC	35	g/dL	32 - 36	Automated cell counter
RDW	12.7	%	< 14	
Platelet Count	240	10 ³ /mm ³	150 - 400	Automated cell counter
Leucocyte Count (WBC)	8.7	10 ³ /mm ³	3.5 - 10.0	Automated cell counter
Differential Count				
Neutrophils	64	%	40 - 75	
Lymphocytes	29	%	20 - 45	
Monocytes	6	%	2 - 10	
Eosinophils	1	%	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



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 Balinait
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 : JUN-13-19 09:23 AM