



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 27/7/19

Date: ... / ... / .....

File Number: 6002567

Patient Name: Amrani, Ali, Salim ALBidak

إسم المريض: أماني

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 23/1/76 Gender (الجنس): M (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): .....

Nationality (الجنسية): Oman Occupation (الوظيفة): .....

Address (العنوان): .....

Phone No. (رقم الهاتف): 504444996

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 حديدا؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	نعم	صامتة جلوتونين
Allergies هل لديك أي حساسية؟	نعم	قيصرية، لوز
Surgical Operations, Serious Illness هل اجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي امراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا انيميا	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	نعم	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	نعم	صوتا لسكر
Other conditions هل تعاليت من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط	لا	

### 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

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 of 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 و المؤلف،

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

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

أتفهم تماما 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 كالالتهاب 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي قمتي للملف صحيحة و أتفهم ان أي 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 هم دون السن القانونية):



التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ابحال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

خطة العلاج Treatment Plan

5 5 5 5 5

5 7 10 7 5 10 5

5 5 5

د. وسام مروان الطباع  
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
 اخصائي جلدية  
 Dermatology specialist  
 ترخيص رقم: ٧٨٢٦  
 MOH License No.: ٧٨٢٦  
 مركز اوركيد الطبي  
 Orchid Medical Centre

Doctor's Signature and Stamp

.....



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO'

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	Amami Ali,Salim,Al Bidh,	IDN:	784197639653209	Mother Name:	Salma Abdulla
Name (Ar)	امامي بنت علي بن سالم البيض	Card Number:	080018323	Mother Name (Ar):	سلمة عبد الله
Title:		Nationality:	OMN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	سلطنة عمان		
Issue Date:	08/09/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	08/09/2021	Date of Birth:	23/01/1976	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	IR	Occupation:	10	Occupation Field:	99

Photo



Signature Image

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

7/27/2019



Name : Amani Al Bidh  
Sex : Female  
Date Of Birth : 43 Y  
Referred By : Dr. Wessam  
Receiving Date : JUL-31-19 09:03 PM  
Insurance Company :  
Indication :

Clinic File No. :  
Lab File No. : 1907-06937  
Lab. Case No. : 54292  
Clinic Name : Orchid Medical Center  
Reporting Date : JUL-31-19 09:33 PM  
Insurance No. :

**HEMATOLOGY & COAGULATION**

**Complete Blood Count**

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Haemoglobin	12.7	g/dL	11.5 - 15.0	
Haematocrit (Hct)	36.9	%	35.0 - 47.0	
Erythrocyte Count (RBC)	4.6	10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	3.9 - 5.4	Automated cell counter
MCV	80	µm <sup>3</sup>	75 - 95	
MCH	28	pg	27 - 31	
MCHC	34	g/dL	32 - 36	Automated cell counter
RDW	14.7	%	< 14	
Platelet Count	344	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150 - 400	Automated cell counter
Leucocyte Count (WBC)	8.1	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	3.5 - 10.0	Automated cell counter
<b>Differential Count</b>				
Neutrophils	64	%	40 - 75	
Lymphocytes	27	%	20 - 45	
Monocytes	6	%	2 - 10	
Eosinophils	3	%	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*

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 Ruhaira Cornich St Al Maiaz P O Box: 65238 Sharjah U A E  
Printed on : JUL-31-19 10:04 PM

Name : Amani Al Bidh  
Sex : Female  
Date Of Birth : 43 Y  
Referred By : Dr. Wessam  
Receiving Date : JUL-31-19 09:03 PM  
Insurance Company :  
Indication :  
Clinic File No. :  
Lab File No. : 1907-06937  
Lab. Case No. : 54292  
Clinic Name : Orchid Medical Center  
Reporting Date : JUL-31-19 09:33 PM  
Insurance No. :

**CLINICAL CHEMISTRY**

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Glucose, Random	83.0	mg/dL	60.0 - 140.0 Non pregnant: 60 - 140 Pregnant: 60 - 105	
<i>Sample Type</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



*Mona*

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 : JUL-31-19 10:04 PM



### Patient Details

Patient Name Amani Ali Salim Al Bidh

DOB 23-01-1976

Patient Id 784197639653209

Gender Female

### Prescription Detail

Facility ORCHID MEDICAL CENTRE(7243)  
Prescription Issue Date 04-Aug-2019 11:22:07  
Prescription Expiry Date 07-Aug-2019 11:22:07  
Clinician Name Wesam Marwan Altabbaa(MOHD54409)  
Prescription No 3399986  
Status Active

### Diagnosis Details

- Primary**
- Acne vulgaris L70.0

### Prescribed Medication

- E08-3921-03188-02 Isotretinoin (Oratane® 20mg) 20mg Capsule 30's (15's Blister x 2)  
**Qty:**30 Capsule, **Duration:**30 days, **Strength:**20 mg, **Refill:**0  
**Clinician Comment:**after meal  
**Dosage Advice:** Take 1 Capsule Once a day

Name : Amani Al Bidh  
Sex : Female  
Date Of Birth : 43 Y  
Referred By : Dr. Wessam  
Receiving Date : AUG-03-19 02:40 PM  
Insurance Company :  
Indication :  
Clinic File No. :  
Lab File No. : 1907-06937  
Lab. Case No. : 54292  
Clinic Name : Orchid Medical Center  
Reporting Date : AUG-03-19 02:44 PM  
Insurance No. :

**CLINICAL CHEMISTRY**

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Glucose, Random	83.0	mg/dL	60.0 - 140.0 Non pregnant: 60 - 140 Pregnant: 60 - 105	
<i>Sample Type</i> cholesterol	149.0	mg/dL	Desirable:<200 Borderline:200-240 High level:>240	Enzymatic
Triglycerides	165.0 <b>H</b>	mg/dL	Desirable:<150 Borderline:150-160 High level:>160	Enzymatic
HDL Cholesterol	42.0	mg/dL	42.0 - 88.0	
LDL Cholesterol	74.0	mg/dL	Optimal:<100 Borderline high:100-159 High:160-189	Gel Card Technique
VLDL Cholesterol	33.0 <b>H</b>	mg/dL	7.0 - 30.0	Calculation
cholesterol/HDL	3.5	Ratio	< 4.5	Calculation
HDL/LDL	0.6	Ratio	> 0.3	Calculation
<i>Sample Type Serum</i> Alanine Aminotransferase (ALT)	10	U/L	< 34	Kinetic
Aspartate Aminotransferase (AST)	11	U/L	< 31	

\* Samples are processed on the same day of request unless indicated  
\* Results reported are for the samples received and reference range is as indicated when applicable

*Ashar Al Rabie*



*Mona*

Analysed by : Ashar Al Rabie  
Medical Laboratory Technologist  
License No : T19042

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

Final Report  
Page 1 of 2

Printed by : Er-Fe Heart Balindit  
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: daralikhmah2012@gmail.com

Printed on : AUG-03-19 03:54 PM

Name : Amani Al Bidh  
Sex : Female  
Date Of Birth : 43 Y  
Referred By : Dr. Wessam  
Receiving Date : AUG-03-19 02:40 PM  
Insurance Company :  
Indication :  
Clinic File No. :  
Lab File No. : 1907-06937  
Lab. Case No. : 54292  
Clinic Name : Orchid Medical Center  
Reporting Date : AUG-03-19 02:44 PM  
Insurance No. :

**CLINICAL CHEMISTRY**

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Gamma Glutamyl Transferase (GGT)	19.0	U/L	< 38	
Bilirubin total	0.19	mg/dL	< 2.0	Diazo Reaction
Bilirubin direct	0.09	mg/dL	< 0.2	Colorimetric
Total Protein	6.5	g/dL	6.4 - 8.3	Colorimetric
Albumin	4.1	g/dL	3.5 - 5.2	Colorimetric
Globulin	2.4	g/dL	1.2 - 5.3	
Alkaline phosphatase (ALP)	37.0	U/L	< 98	Colorimetric
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 : Ashar Al Rabie  
Medical Laboratory Technologist  
License No : T19042

*Ashar*



*Mona*

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

Final Report  
Page 2 of 2

Printed by : Er-Fe Heart Balincit  
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 : AUG-03-19 03:54 PM