مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002606

Date: / /

Date: 31/7/2019 File Number: 1002606

Patient Name: Fadwa Bilal إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد) : 10/9/2002 Gender (الجنس) : M / F Marital Status:(الحالة الاجتماعية) Single

Nationality (الجنسية): Jordanian Occupation (الوظيفة) : Student

Address (العنوان) : Shj Phone No. (رقم الهاتف): 050 7488499

E-MAIL: fadwa_yasin@hotmail.com How did you know about us: Family

Medical History التاريخ الطبي

Medical Condition الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى اي علاجات حديثا؟	NO	
Cortisteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات او مثبطات للمناعة؟	NO	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	NO	
Surgical Operations, Serious Illness هل اجريت أي عمليات جراحية او تعاني من اي امراض؟	NO	
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 او تتعاطى أي مميعات للدم؟	NO	
Anemia, Leukemia انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	NO	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، ازمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	NO	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟	NO	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	NO	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، اي 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 او اي امراض في الجهاز العصبي؟	NO	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية؟	NO	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلأ البسيط	NO	

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

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 و المؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الافضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الاجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

اقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الاجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والاجراءات العلاجية و الجراحية.
و ادرك ان بعض الاجراءات 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 لدى فتحي 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: 2019 / 7 / 31

Patient Assesment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History :التاريخ المرضي

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (تعاطي الكحول) : Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

Date: / /

File No: .....

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

PATIENT NAME: **FILE NO#:**

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
31/7/19	ACNE Vulgaris FaCe + Back especially chin Blood test (Liver functe - Lipid profile chose fasting - CBC) Cons			
7/8/19	Blood test BT = N oratane 30 mg 1 X 1 1 month			

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
اخصائي جلدية
Dermatology specialist
MOH License No.: V826 ترخيص رقم:
Orchid Medical Centre مركز اوركيد الطبي

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
اخصائي جلدية
Dermatology specialist
MOH License No.: V826 ترخيص رقم:
Orchid Medical Centre مركز اوركيد الطبي

REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQyMI

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm Data

Public Data Verification report

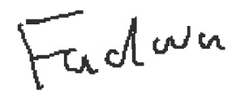
File	Valid Signature?
Non-Modifiable Data (SF3)	False
Modifiable Data (SF5)	False
Holder Signature Image (SF7)	False
Photography	False
Home Address	False
Work Address	False

Card Holder Information

Name	Fadwa,Bilal,Kh,,Yasin	**IDN:**	784200295068405	**Mother Name:**	
Name (Ar)	فدوى,بلال,خالد,,ياسين	**Card Number:**	090905602	**Mother Name (Ar):**	
Title:		**Nationality:**	JOR	**Family ID:**	
Title(Ar):		**Nationality (Ar):**	الأردن		
Issue Date:	19/09/2018	**Sex:**	F	**Sponsor Type:**	03
Expiry Date:	16/09/2020	**Date of Birth:**	10/09/2002	**Sponsor Name:**	بلال خالد صديقى ياسين
Marital Status:	01	**Husband IDN:**		**Sponsor Number:**	05675442
Residency Type:	03	**Residency Number:**	30120033018591	**Residency Expiry:**	16/09/2020
ID Type:	IL	**Occupation:**	11	**Occupation Field:**	00

Photo

Signature Image



مـركـــز أوركـــيـــد الـــطـــبـــي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00 **RECEIPT VOUCHER (No.REC-004583)** **Date:31-07-2019**

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002606 - FADWA BILAL - 971507488499**

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **210.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date: **31-07-2019**

Being **CONS + 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 : **1002606 - FADWA BILAL - 971507488499**

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

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 650.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004590)

Date:01-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002606 - FADWA BILAL - 971507488499**

The sum of Dhs. **Six Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **650.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date: **01-08-2019**

Being **CBC + GLUCOSE (FBS) + LIPID PROFILE + FULL LIVER FUNCTION BLOOD TEST**

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 : **1002606 - FADWA BILAL - 971507488499**

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

DAR AL HIKMAH
Medical Laboratory
مختبر دار الحكمة الطبي

Laboratory Analysis Report

Name	:Fadwa Bilal	Clinic File No.	: 1002606
Sex	:Female	Lab File No.	: 1908-06950
Date Of Birth	:16 Y	Lab. Case No.	: 54310
Referred By	:Orchid Medical Center	Clinic Name	: Orchid Medical Center
Receiving Date	:AUG-01-19 12:02 PM	Reporting Date	: AUG-01-19 03:24 PM
Insurance Company	:	Insurance No.	:
Indication	:		

CLINICAL CHEMISTRY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Glucose - Fasting	84.0	mg/dL	Non Pregnant : 60 - 110 Pregnant : 60 - 95	Enzymatic
Sample Type *NaF-Plasma*				
Cholesterol	143.0	mg/dL	92 - 234	Enzymatic
Triglycerides	54.0	mg/dL	Desirable:<150 Borderline:150-160 High level:>160	Enzymatic
HDL Cholesterol	79.4	mg/dL	42.0 - 88.0	
LDL Cholesterol	52.8	mg/dL	Optimal:<100 Borderline high:100-159 High:160-189	Gel Card Technique
VLDL Cholestrol	10.8	mg/dL	7.0 - 30.0	Calculation
Cholesterol/HDL	1.8	Ratio	< 4.5	Calculation
HDL/LDL	1.5	Ratio	> 0.3	Calculation
Sample Type *Serum*				
Alanine Aminotransferase (ALT)	8	U/L	< 34	Kinetic
Aspartate Aminotransferase (AST)	12	U/L	< 31	
Gamma Glutamyl Transferase (GGT)	13.0	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 age related when applicable

DAR AL HIKMAH MEDICAL LAB
P.O. Box: 65238
Sharjah - U.A.E.

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

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

Printed on : AUG-01-19 05:03 PM
Printed by : Er-Fe Heart Balingit

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

DAR AL HIKMAH
Medical Laboratory
مختبر دار الحكمة الطبى

Laboratory Analysis Report

Name	:Fadwa Bilal	Clinic File No.	: 1002606
Sex	:Female	Lab File No.	: 1908-06950
Date Of Birth	:16 Y	Lab. Case No.	: 54310
Referred By	:Orchid Medical Center	Clinic Name	: Orchid Medical Center
Receiving Date	:AUG-01-19 12:02 PM	Reporting Date	: AUG-01-19 03:24 PM
Insurance Company	:	Insurance No.	:
Indication	:		

CLINICAL CHEMISTRY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Bilirubin total	0.50	mg/dL	< 2.0	Diazo Reaction
Bilirubin direct	0.20	mg/dL	< 0.2	Colorimetric
Total Protein	6.4	g/dL	6.4 - 8.3	Colorimetric
Albumin	4.5	g/dL	3.2 - 4.5	Colorimetric
Globulin	1.9	g/dL	1.2 - 5.3	
Alkaline phosphatase (ALP)	46.0	U/L	< 46.0	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

P.O. Box: 65238 Sharjah - U.A.E. DAR AL HIKMAH MEDICAL LAB

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

Printed by : Er-Fe Heart Balingit

Printed on : AUG-01-19 05:03 PM

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

DAR AL HIKMAH
Medical Laboratory
مختبر دار الحكمة الطبي

Laboratory Analysis Report

Name	: **Fadwa Bilal**	Clinic File No.	: **1002606**
Sex	: **Female**	Lab File No.	: **1908-06950**
Date Of Birth	: **16 Y**	Lab. Case No.	: **54310**
Referred By	: **Orchid Medical Center**	Clinic Name	: **Orchid Medical Center**
Receiving Date	: **AUG-01-19 12:02 PM**	Reporting Date	: **AUG-01-19 03:24 PM**
Insurance Company	:	Insurance No.	:
Indication	:		

HEMATOLOGY & COAGULATION

Complete Blood Count

Test	Result		Unit	Reference Range	Methodology
Haemoglobin	**11.1**	**L**	g/dL	11.5 - 15.0	
Haematocrit (Hct)	**33.0**	**L**	%	35.0 - 47.0	
Erythrocyte Count (RBC)	4.4		10^6/mm3	4.0 - 5.1	Automated cell counter
MCV	75		µm^3	75 - 95	
MCH	**25**	**L**	pg	27 - 31	
MCHC	34		g/dL	32 - 36	Automated cell counter
RDW	16.6		%	< 14	
Platelet Count	306		10^3/mm3	150 - 400	Automated cell counter
Leucocyte Count (WBC)	6.8		10^3/mm3	3.5 - 10.0	Automated cell counter
Differential Count					
Neutrophils	50		%	40 - 75	
Lymphocytes	41		%	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

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

P.O. Box: 65238 Sharjah - U.A.E. DAR AL HIKMAH MEDICAL LAB

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

Final Report
Page 1 of 1

Printed by : Er-Fe Heart Balingit
Printed on : AUG-01-19 05:03 PM

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

OPEN Jet
powered by Health

Patient Details

Patient Name	Fadwa Bilal Kh Yasin
DOB	10-09-2002
Patient Id	784200295068405
Gender	Female

Prescription Detail

Facility	Bella Rose Medical Center llc(DHA/LS/2992011/47774)
Prescription Issue Date	05-Sep-2019 17:48:59
Prescription Expiry Date	08-Sep-2019 17:48:59
Clinician Name	Nadeem Ghreir(DHA-P-0068963)
Prescription No	4421520
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

OPEN Jet
powered by Health

Patient Details

Patient Name	Fadwa Bilal Kh Yasin
DOB	10-09-2002
Patient Id	784200295068405
Gender	Female

Prescription Detail

Facility	Bella Rose Medical Center llc(DHA/LS/2992011/47774)
Prescription Issue Date	05-Sep-2019 17:48:59
Prescription Expiry Date	08-Sep-2019 17:48:59
Clinician Name	Nadeem Ghreir(DHA-P-0068963)
Prescription No	4421519
Status	Active

Diagnosis Details

Primary

- Acne vulgaris L70.0

Prescribed Medication

- E08-3921-03186-02 Isotretinoin (Oratane® 10mg) 10mg Capsule 30's (15's Blister x 2)
  Qty:30 Capsule, **Duration:**30 days, **Strength:**10 mg, **Refill:**0
  Clinician Comment:AFTER MEAL
  Dosage Advice: Take 1 Capsule Once a day