



File No: 1002616

Date: 3/8/19

File Number: 1002616

Date: 3/8/19
Patient Name: Khalifa Fasa
اسم المريض: خليفة كينيس جاسم الطنجي

Date Of Birth: 16/12/1969
Gender: M / F
Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: (الجنسية):
Occupation: (الوظيفة):

Address: (العنوان):
Phone No. (رقم الهاتف): 0545959292

E-MAIL: (البريد الإلكتروني):
How did you know about us: (كيف تعرفنا):

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes ها، تعافى، صرع، السكر، أمراض الغدة الدرقية؟	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

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 الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا 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 و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

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 تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات الجراحية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو اليرقان أو الالام 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 فتحي الملف الصحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا 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 فصية الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم ضغط الدم):	/	Blood Sugar (دم سكر الدم):

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 (تعاظي 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
28/12	Androgenic Alopecia PRP Hair (1) P. Regain 5% solve advice 6 sessio,			
4/1/2019	PRP Hair (2) Blood test : CBC - vit D thyroid profile next app : 5/10			
	* ↓ vit D = 17			
11/1/2019	Galo-D 1000			

د. وسام مروان الطباع
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 Dermatology specialist
 MOH License No.: V826
 مركز أوركيك الطبي
 Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 Dermatology specialist
 MOH License No.: V826
 مركز أوركيك الطبي
 Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 Dermatology specialist
 MOH License No.: V826
 مركز أوركيك الطبي
 Orchid Medical Centre

REDAD DATA

cAEAIOEBAA830DQxO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm Data

Public Data Verification report

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

Valid Signature?

False
 False
 False
 False
 False
 False

Card Holder Information

Name	Khalifa,Easa,Jasem,Mohammed,Altenejji	IDN:	784199942768526	Mother Name:	
Name (Ar)	خليفة عيسى جاسم محمد الطنجي	Card Number:	089110521	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	ARE	Family ID:	603001549
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	17/05/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	17/05/2023	Date of Birth:	16/12/1999	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/3/2019

PPRP Treatment Consent Form **القرار بالعلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية**

Description of Treatment

This treatment involves the collection of your blood (approximately 11 - 22 ml), then your blood is spun down using a centrifuge to separate out the plasma and platelet portion using the separator gel as a special filter. The PRP portion of your blood is then used at the point of care to re-energize your cells into rejuvenating themselves. The product is 100% your own blood by-product (autologous). If you have any questions please do not hesitate to ask your physician or nurse.

Side Effects

you will likely experience mild to moderate swelling of the treated area, this will last for about 12- 24 hours; ice or cold compresses can be applied to reduce swelling if required. You may notice a tingling sensation while the cells are being activated. In rare cases skin infection may occur, which is easily treated with an anti-biotic.

Contraindications

You should not have PRP treatment done if you have any of the following conditions: Skin conditions and diseases including: Facial cancer, existing or uncured. This includes SCC, BCC and melanoma, systemic cancer, chemotherapy, steroid therapy, dermatological diseases affecting the face (i.e. Porphyria), Blood disorders and platelet abnormalities, Anticoagulation therapy (i.e.: Warfarin) Platelet dysfunction syndrome, critical thrombocytopenia, hypofibrinogenaemia, haemodynamic instability, sepsis, chronic liver disease, Hepatitis or any acute or chronic infections. Aspirin, Anti-inflammatory such as Nurofen, Voltaren, Diclofenac, or Naproxen etc.? St Johns Wort, Garlic, Are you currently taking, or have you recently taken (within 14 days) Vitamin E, or Fish Oil supplements that could have a thinning effect on your blood.

In case of presence of any previously mentioned contraindications please mention it here

Or Ask the doctor if you are not sure or you have any questions.

Patient's Name and Signature:

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

وصف العلاج

يتضمن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينة من دم المريض تساري ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام سائل فاصل التفتيح بشكل خاص.

ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و إعادة

التغذية لها.

هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض.

إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

الأمراض الجلدية الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف الى المتوسط في منطقة المعالجة. وقد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة التورمة إذا تطلب الأمر. من الممكن ان تشعر ببعض الحرق الخفيف بينما يتم تطبيق الخلايا. نادرا ما يحصل العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام الكمادات الحيوية.

موانع للعلاج

لا يجب أن تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية:

- الأمراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير الخالية كسرطانات الخلايا الحرشفية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغرية و السرطان الجهازوي و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الأمراض الجلدية التي تصيب الوجه (مثال البروفيريا)، أمراض الدم و الخلل في الصفائح الدموية، علاج تخثر الدم (مثال الوارفارين)

- حاذرة على الصفائح الدموية، نقص الحديد في عدد الصفائح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار تنفق الدم، حالات التعفن الدموي، أمراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.

- تناول الأسبرين و مضادات الالتهاب كالفينوفين و الوارفارين و الستيرويدات و النابروكسين، أو مستحضرات الفهم، أو إذا كنت تتناول حاليا (خلال الأربعة عشر يوما الماضية) كمادات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي إلى ترقق الدم، في حالة وجود أحد موانع العلاج ينصح بسبق فحصها فبحسب عتدية ذلك هنا

و إذا لم تكن متأكدًا أو كانت لديك أي استفسارات اسأل الطبيب المختص.

اسم المريض / التوقيع

حامله

التاريخ: ... / ... / ...

I understand that due to the natural variation in quality of Platelet rich plasma, results will vary between individuals. I understand that although I may see a change after my first treatment; I may require a series of up to 6 sessions to obtain my desired outcome. The procedure and side effects has been explained to me including alternative methods; as have the advantages and disadvantages. I am advised that though good results are expected, the possibility and nature of complications cannot be accurately anticipated and that, therefore, there can be no guarantee as expressed or implied either as to the success or other result of the treatment. I am aware that the PRP treatment is not permanent as natural degradation will occur over time.

I authorize Dr.
from Orchid Medical Center, perform the injection of PRP (Platelet Rich Plasma) for rejuvenation. This consent form will be valid for up to 6 applications of PRP, after which time I may be asked to compete a new form. I state that I have read (or it has been read to me) and I understand this consent and I understand the information contained in it. I have had the opportunity to ask any questions about the treatment including risks or alternatives and acknowledge that all my questions about the procedure have been answered in a satisfactory manner and that all blanks were filled in prior to my signature and I had the right to refuse the treatment. THIS CONSENT FORM IS VALID UNTIL ALL OR PART IS REVOKED BY ME IN WRITING. When completing the medical questionnaire, I have answered the personal medical history questions fully and to the best of my ability.

Patient's Name and Signature:

اسم المريض / التوقيع
خليفة

Date: ... / ... /

التاريخ: ... / ... /

أفهم أن نتائج هذا العلاج قد تتفاوت من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية.
وأفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من بعد جلسة العلاج الأولى قد أحتاج حتى ٦ جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

أقر بأن هذا الإجراء الطبي و آثاره الجانبية و بدائله الممكنة و منافعه و مضاره قد شرحت لي بشكل كامل.
و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المضاعفات و طبيعتها بدقة. و بالتالي، لا توجد أي ضمانات واضحة أو ضمنية لنجاح هذا العلاج أو أي نتائج أخرى.
أدرك أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجاً دائماً لأن التراجع الطبيعي سوف يحدث مع الوقت.

أفوض الدكتور
من مركز أوركيد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لإعادة النضارة. و إن هذا الإقرار و التوقيع سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قادمة.
و أنني قد أحتاج لتوقيع أقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الإقرار بالكامل (أو قد تمت قراءته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.
و إنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الاخطار و الاعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له. و أن جميع أسئلتي قد أجيب بشكل كامل و وافٍ و أن جميع الاجابات التي ضمنتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملأها قبل توقيعني أدناه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

إن هذا الإقرار صالح بالكامل حتى ألغى كاملاً أو جزئياً و بخط اليد.

أقر أنني قد ملأت استمارة الاستمارة الطبية و شرحت تاريخي الطبي بشكل كامل و يكامل ارايدي.



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 577.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004617)

Date:03-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002616 - KHALIFA 00. - 971545959292

The sum of Dhs. Five Hundred Seventy-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 577.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-08-2019

Being PRP FOR HAIR + 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 : 1002616 - KHALIFA 00. - 971545959292

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,232.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004976)

Date:04-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002616 - KHALIFA 00. - 971545959292

The sum of Dhs. One Thousand Two Hundred Thirty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,232.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-09-2019

Being PRP FOR HAIR + VAT + CBC + V.D + THYROID

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 : 1002616 - KHALIFA 00. - 971545959292

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

Name : Khalifa Easa
Sex : Male
Date Of Birth : 20 Y
Referred By : Orchid M.C.
Receiving Date : SEP-04-19 07:02 PM
Insurance Company :
Indication :

Clinic File No. :
Lab File No. : 1909-07717
Lab. Case No. : 55298
Clinic Name : Orchid Medical Center
Reporting Date : SEP-04-19 09:59 PM
Insurance No. :

HEMATOLOGY & COAGULATION

Complete Blood Count

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Haemoglobin	14.2	g/dL	12.0 - 17.0	
Haematocrit (Hct)	42.9	%	40.0 - 52.0	
Erythrocyte Count (RBC)	6.2	$10^6/mm^3$	4.3 - 5.9	Automated cell counter
MCV	69	μm^3	76 - 94	
MCH	23	pg	27 - 31	
MCHC	33	g/dL	32 - 36	Automated cell counter
RDW	16.3	%	< 14	
Platelet Count	197	$10^3/mm^3$	150 - 400	Automated cell counter
Leucocyte Count (WBC)	5.5	$10^3/mm^3$	3.5 - 10.0	Automated cell counter
Differential Count				
Neutrophils	61	%	40 - 75	
Lymphocytes	34	%	20 - 45	
Monocytes	4	%	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

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

Final Report
Page 1 of 1

Printed by : Er-Fe Heart Balanit
Flat 202 Union National Bank Bldg Al Buhaira Cornich St Al Mina 2 P.O. Box: 89238 Sharjah U.A.E

Printed on : SEP-05-19 11:29 AM

Name : Khalifa Easa
 Sex : Male
 Date Of Birth : 20 Y
 Referred By : Orchid M.C.
 Receiving Date : SEP-04-19 07:02 PM
 Insurance Company :
 Indication :

Clinic File No. :
 Lab File No. : 1909-07717
 Lab. Case No. : 55298
 Clinic Name : Orchid Medical Center
 Reporting Date : SEP-04-19 10:02 PM
 Insurance No. :

HORMONES /ENDOCRINOLOGY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Tri-iodothyronine - Free (FT3)	3.20	pg/mL	2.47 - 3.90	
Thyroxine- Free (FT4)	0.90	ng/dL	0.61 - 1.12	ECLIA
TSH	1.60	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

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

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

Final Report
 Page 1 of 1
 Printed on : SEP-05-19 11:39 AM

Name : Khalifa Easa
 Sex : Male
 Date Of Birth : 20 Y
 Referred By : Orchid M.C.
 Receiving Date : SEP-04-19 07:02 PM
 Insurance Company :
 Indication :

Clinic File No. :
 Lab File No. : 1909-07717
 Lab. Case No. : 55298
 Clinic Name : Orchid Medical Center
 Reporting Date : SEP-05-19 10:40 AM
 Insurance No. :

CLINICAL CHEMISTRY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Vitamin D, 25-OH (Total)	17.0	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

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

Ashar



Mona

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

Final Report
 Page 1 of 1

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: daralhikmah2012@gmail.com

Printed on : SEP-05-19 11:29 AM

Name : **Khalifa Easa**
 Sex : **Male**
 Date Of Birth : **20 Y**
 Referred By : **Orchid M.C.**
 Receiving Date : **SEP-04-19 07:02 PM**
 Insurance Company :
 Indication :

Clinic File No. :
 Lab File No. : **1909-07717**
 Lab. Case No. : **55298**
 Clinic Name : **Orchid Medical Center**
 Reporting Date : **SEP-05-19 10:40 AM**
 Insurance No. :

CLINICAL CHEMISTRY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Vitamin D, 25-OH (Total)	17.0	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

Ashar Al Rabie



Mona

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

Verified by : **Dr. Mona Mohamed Hagra**
 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 : SEP-05-19 11:29 AM