



File No:

Date: ١٧/٩/١٩

Date: 14/9/2019

File Number: ١٥٥٢٨٨٥

Patient Name: Mohd Abdullah Al-Jawadi

اسم المريض: الدكتور عبد الله عبد الجواد

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 22/11/1978 Gender (الجنس): M F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): الإمارات

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0508978300

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 الإجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	✓	
Cortisteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	✓	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	✓	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	✓	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	✓	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	✓	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (نقر الدم)	✓	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	✓	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	✓	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	✓	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	✓	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	✓	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	✓	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	✓	
Other conditions HSV, HIV... etc	✓	



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 أموراً مختلفة عن ما ذكر في القمص 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 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 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 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 قدمت لي فتحي الملف صحيحة. و تفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ينبغي 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 هم دون السن القانونية):

التاريخ: 14/ 19/ 2014

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History التاريخ المرضي:		
Allergies الحساسية		
Medications الأدوية		
Pregnancy الحمل		
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، ايدخال المستشفى		
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



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
14/9/2019	dysport (0.4) AcNE vulgaris MicroCyst on face + trauma scars on face. Plan: Roaccutan	900		
12/10/2019	W=65 oratane (20+10 mg) X 30 days C BT = normal			
14/12/2019	Blood test (lipid profile + liver function)			
18/12/2019	oratane 20mg 1 X 2 30 days BT = Normal Next app: 18/1/2020			

د. وسام مروان الطيب
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No.: 8826
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطيب
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No.: 8826
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطيب
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No.: 8826
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطيب
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No.: 8826
Orchid Medical Centre

ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: 14/9/2019

أنا السيد/السيدة عبداله صقر أؤكد بأنه تم شرح لنا كيفية العلاج باستخدام البوتكس وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه كحال جميع الادوية البوتكس قد يحتوي على آثار جانبية. هذه الردود العكسية قد تكون متعلقة بالعلاج، إما بسبب المنتج أو الفرد، لكن بشكل عام هذه المضاعفات قد تحدث في الأيام الأولى التي تتبع يوم الحقن وتكون بشكل مؤقت. معظم الحالات التي تم تسجيلها تكون بدرجة معتدلة إلى خفيفة. كما هو متوقعة بعد الحقن سوف يكون هناك شعور بالحم وحرق وتيبس وتورم ووزراق.

من الآثار الجانبية الشائعة التي من الممكن حدوثها: صداع، زغللة، احمرار، تراخي بعضلات الوجه وألم في الوجه.

من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، تميبل، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاء، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالعضلات، أعراض الانفونزا، ضعف وحرارة.

الآثار الجانبية التالية قد تكون نادرة: حكة، طفح جلدي، قشعريرة، أنواع مختلفة من الطفح الجلدي الأحمر، حساسية قوية (تورم وتحديدا في الوجه والمجرى الهوائي مما يسبب صعوبة بالتنفس)، هبوط الحاجب أو الجفن، سماع طنين بالأذن وقلة السمع، حساسية في صعوبة البلع والتنفس والكلام.

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 4 إلى 6 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح. إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا أتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور او الوصف المرفق

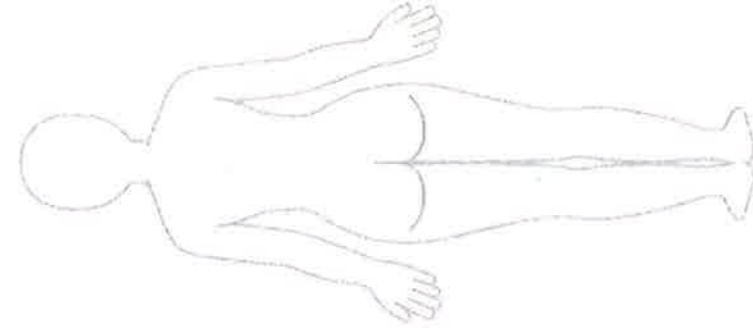
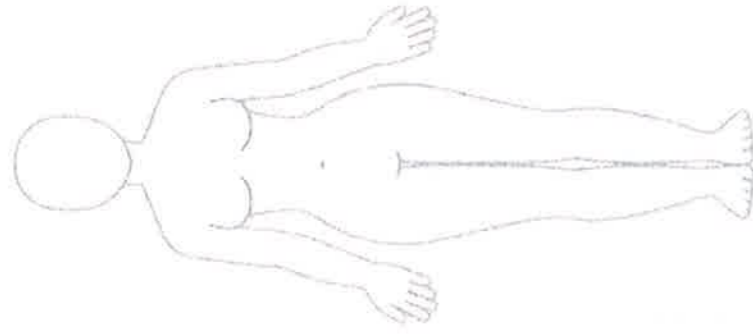
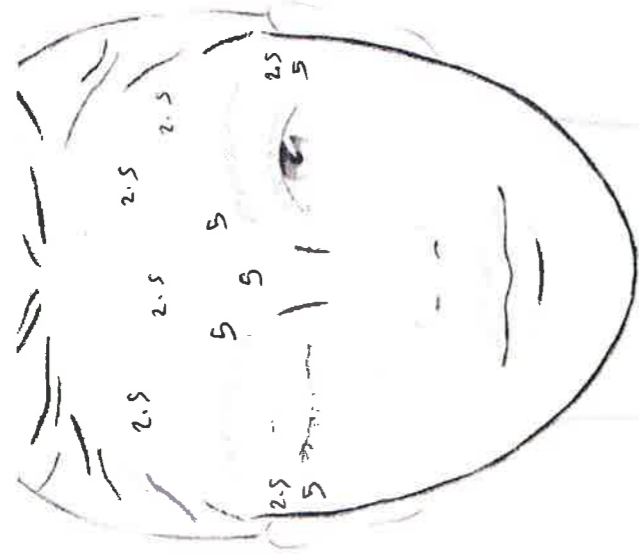
نعم
لا

التوقيع: RE

اسم المريض: عبد الله صقر

التوقيع: DR. W. SAM

اسم المعالج: DR. W. SAM



Filler Injection Log

Session	Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1					
Session 2					
Session 3					
Session 4					
Session 5					

Botox Injection Log

Session	Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

Doctor's Name and Signature

.....

REDAD DATA

CAEAI0EBAA830DQX0

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	Mohamed,Abdulla,Mohamed,Atraqas,Alhimoudi	IDN:	784199857149092	Mother Name:	Noura Mohamed
Name (Ar)	محمد عبد الله محمد الراقص الهمودي	Card Number:	092502371	Mother Name (Ar):	نوره محمد
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	706000843
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	08/01/2019	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	08/01/2024	Date of Birth:	22/11/1998	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

9/14/2019



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 945.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005087)

Date: 14-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002880 - MOHAMMED ABDULLAH - 971508978300**

The sum of Dhs. **Nine Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **945.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 14-09-2019

Being **BOTOX + 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 : **1002880 - MOHAMMED ABDULLAH - 971508978300**

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

www.omc1.ae



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005516)

Date: 12-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002880 - MOHAMMED ABDULLAH - 971508978300

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: 12-10-2019

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 : 1002880 - MOHAMMED ABDULLAH - 971508978300

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

Lab View		26/9/2019 12:04 AST
Complete Blood Count		
WBC		H 12.00
RBC		H 5.81
Hgb		16.30
Hct		47.80
MCV		82.30
MCH		28.10
MCHC		34.10
RDW		13.50
Platelet		262.00
MPV		8.10
Neutro %		64.00
Lymph %		24.90
Mixed Cells %		11.10
Neutro Absolute		H 7.70
Lymph Absolute		3.00
Mixed Cells Absolute		1.30
PDW		10.20
Dialysis Electrolyte & Renal Profile		
Glucose Fasting		4.8
Liver Profile		
Total Protein		78.10
Albumin Lvl		39.6
Bili Total		* 9.5
ALT		H 106.00
Alk Phos		* 81.30
Lipid Profile		
Chol		* 5.31
Trig		* 1.30
HDL		* 1.61
LDL		* 3.25
Chol/Trig		4

Patient Details

Patient Name: Mohamed Abdulla Mohamed Alraqqas Alhmodi

DOB: 22-11-1998

Patient Id: 784199857149092

Gender: Male

Prescription Details

Facility: Bella Rose Medical Center llc(DHA/LS/2992011/47774)
Prescription Issue Date: 28-Oct-2019 18:05:02
Prescription Expiry Date: 31-Oct-2019 18:05:02
Clinician Name: Nadeem Ghreir(DHA-P-0068963)
Prescription No: 6345018
Status: Active

Diagnosis Details

Primary
• Acne vulgaris L70.0

Prescribed Medication

• E08-3921-03188-01 Isotretinoin (Oratane® 20mg) 20mg Capsule 60's (15's Blister x 4)
Qty: 30 Capsule, **Duration:** 30 days, **Strength:** 20 mg, **Refill:** 0
Clinician Comment: AFTER MEAL
Dosage Advice: Take 1 Capsule Once a day

Patient Details

Patient Name Mohamed Abdulla Mohamed Alraqaas Alhמודي

DOB 22-11-1998

Patient Id 784199857149092

Gender Male

Prescription Details

Facility Bella Rose Medical Center llc(DHA/LS/2992011/47774)
Prescription Issue Date 28-Oct-2019 18:05:02
Prescription Expiry Date 31-Oct-2019 18:05:02
Clinician Name Nadeem Ghreir(DHA-P-0068963)
Prescription No 6345017
Status Active

Diagnosis Details

Primary
● Acne vulgaris L70.0

Prescribed Medication

● E08-3921-03186-01 Isotretinoin (Oratane® 10mg) 10mg Capsule 60's (15's Blister x 4)
Qty:30 Capsule, **Duration:**30 days, **Strength:**10 mg, **Refill:**0
Clinician Comment:AFTER MEAL
Dosage Advice: Take 1 Capsule Once a day

Name : Mohd Abdullah
Sex : Male
Date Of Birth : 11 M
Referred By : Orchid M.C.
Receiving Date : DEC-14-19 09:02 PM
Insurance Company :
Indication :

Clinic File No. : 1002880
Lab File No. : 1912-12087
Lab. Case No. : 60797
Clinic Name : Orchid Medical Center
Reporting Date : DEC-14-19 10:36 PM
Insurance No. :

CLINICAL CHEMISTRY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Cholesterol	166.0	mg/dL	76 - 179	Enzymatic
Triglycerides	91.0	mg/dL	Desirable: <150 Borderline: 150-160 High level: >160	Enzymatic
HDL Cholesterol	56.9	mg/dL	35.0 - 79.5	Enzymatic
LDL Cholesterol	90.9	mg/dL	Optimal: <100 Borderline high: 100-159 High: 160-189	Gel Card Technique
VLDL Cholesterol	18.2	mg/dL	7.0 - 30.0	Calculation
Cholesterol/HDL	2.9	Ratio	< 4.5	Calculation
HDL/LDL	0.6	Ratio	> 0.3	Calculation
Alanine Aminotransferase (ALT) <i>Sample Type Serum</i>	26	U/L	< 45	IFCC Method/Immuno-inhibition
Aspartate Aminotransferase (AST)	24	U/L	< 35	IFCC Method/Immuno-inhibition
Gamma Glutamyl Transferase (GGT)	42.9	U/L	< 55	Enzymatic

* 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

Ahmed



Mona

Analysed by : Ahmed Makled
Medical Technologist
T56154

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

Printed by : Er-Fe Heart Ballnait
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 2
Printed on : DEC-15-19 03:34 PM

Name : Mohd Abdullah
 Sex : Male
 Date Of Birth : 11 M
 Referred By : Orchid M.C.
 Receiving Date : DEC-14-19 09:02 PM
 Insurance Company :
 Indication :

Clinic File No. : 1002880
 Lab File No. : 1912-12087
 Lab. Case No. : 60797
 Clinic Name : Orchid Medical Center
 Reporting Date : DEC-14-19 10:36 PM
 Insurance No. :

CLINICAL CHEMISTRY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Bilirubin total	0.34	mg/dL	< 2.0	Diazo Reaction
Bilirubin direct	0.13	mg/dL	< 0.2	Colorimetric
Total Protein	6.7	g/dL	5.1 - 7.3	Colorimetric
Albumin	4.7	g/dL	3.8 - 5.4	Colorimetric
Globulin	2.0	g/dL	1.2 - 5.3	Calculation
Alkaline phosphatase (ALP) Sample Type Serum	77.0	U/L	< 369	Colorimetric

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

Ahmed

Analysed by : Ahmed Makled
 Medical Technologist
 T56154



Mona

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

Final Report
 Page 2 of 2

Printed by : Er-Fe Heart Ballinait
 Flat 203, Union National Bank Bldg, Al Buhaira Cornich St., Al Mejaz, 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 : DEC-15-19 03:34 PM

Name : Mohd Abdullah
Sex : Male
Date Of Birth : 11 M
Referred By : Orchid M.C.
Receiving Date : DEC-14-19 09:02 PM
Insurance Company :
Indication :

Clinic File No. : 1002880
Lab File No. : 1912-12087
Lab. Case No. : 60797
Clinic Name : Orchid Medical Center
Reporting Date : DEC-14-19 10:36 PM
Insurance No. :

CLINICAL CHEMISTRY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Cholesterol	166.0	mg/dL	76 - 170	Enzymatic
Triglycerides	91.0	mg/dL	Desirable: <150 Borderline: 150-160 High level: >160	Enzymatic
HDL Cholesterol	56.9	mg/dL	35.0 - 79.5	Enzymatic
LDL Cholesterol	90.9	mg/dL	Optimal: <100 Borderline high: 100-159 High: 160-189	Gel Card Technique
VLDL Cholesterol	18.2	mg/dL	7.0 - 30.0	Calculation
Cholesterol/HDL	2.9	Ratio	< 4.5	Calculation
HDL/LDL	0.6	Ratio	> 0.3	Calculation
Alanine Aminotransferase (ALT) <i>Sample Type Serum</i>	26	U/L	< 45	IFCC Method/Immuno-inhibition
Aspartate Aminotransferase (AST)	24	U/L	< 35	IFCC Method/Immuno-inhibition
Gamma Glutamyl Transferase (GGT)	42.9	U/L	< 55	Enzymatic

* 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

Ahmed



Mona

Analysed by : Ahmed Makled
Medical Technologist
T56154

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 2

Printed on : DEC-15-19 03:34 PM

Name : Mohd Abdullah
 Sex : Male
 Date Of Birth : 11 M
 Referred By : Orchid M.C.
 Receiving Date : DEC-14-19 09:02 PM
 Insurance Company :
 Indication :
 Clinic File No. : 1002880
 Lab File No. : 1912-12087
 Lab. Case No. : 60797
 Clinic Name : Orchid Medical Center
 Reporting Date : DEC-14-19 10:36 PM
 Insurance No. :

CLINICAL CHEMISTRY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Bilirubin total	0.34	mg/dL	< 2.0	Diazo Reaction
Bilirubin direct	0.13	mg/dL	< 0.2	Colorimetric
Total Protein	6.7	g/dL	5.1 - 7.3	Colorimetric
Albumin	4.7	g/dL	3.8 - 5.4	Colorimetric
Globulin	2.0	g/dL	1.2 - 5.3	Calculation
Alkaline phosphatase (ALP) Sample Type Serum	77.0	U/L	< 369	Colorimetric

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

Ahmed



Mona

Analysed by : Ahmed Makled
 Medical Technologist
 T56154

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

Final Report
 Page 2 of 2

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 : DEC-15-19 03:34 PM

Patient Details

Patient Name Mohamed Abdulla Mohamed Alraqas Alhmoudi

DOB 22-11-1998

Patient Id 784199857149092

Gender Male

Prescription Details

Facility ORCHID MEDICAL CENTRE(7243)
Prescription Issue Date 18-Dec-2019 14:57:34
Prescription Expiry Date 21-Dec-2019 14:57:34
Clinician Name Wesam Marwan Altabbaa(MOHD54409)
Prescription No 8235277
Status Active

Diagnosis Details

Primary
• Acne vulgaris L70.0

Prescribed Medication

• E08-3921-03188-01 Isotretinoin (Oratane® 20mg) 20mg Capsule 60's (15's Blister x 4)
Qty: 60 Capsule, **Duration:** 30 days, **Strength:** 20 mg, **Refill:** 0
Dosage Advice: Take 2 Capsule Once a day