



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1003187

Date: 3/16/17

Date: ... / ... /

File Number: 1003187

Patient Name: Bashar Kassar محمد بشار كاسر

إسم المريض:

Date Of Birth: 27/05/79 (تاريخ الميلاد)

M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Partner

Nationality (الجنسية): سورية

Occupation (الوظيفة): Partner

Address (العنوان): ...

Phone No. (رقم الهاتف): 0563912229

E-MAIL: abada@The.doha.com.qatar How did you know about us: ...
abada@The.doha.com.qatar

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؟	✓	لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	X	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	X	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	X	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	X	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	X	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	X	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	X	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	X	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	X	
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؟	X	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	X	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	X	
Other conditions HSV, HIV...etc	X	



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 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 التشخيصية المقدمة لي. كما أتفهم الإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الإخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أدرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم 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 فطني الملف صحفية و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الإفلاخ 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: ... / ... /

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

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (دوائ): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

خطة العلاج Treatment Plan

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
30/10/2019	drug ACNE vulgaris Alcoholic patient Medicine: vit-B complex meconisin - potassium p: Neostrot cleanser - gel Moist - tetralysal Plan: PRP Hair Blood test		cons = 200	
6/11/2019	80% improvement Blood test = Normal next app: 23/11, PRP P: MICLIRIN spray A.C.M anti-Hair Dr. Mesam Marwan Al Tabbaa			
6-11-19	5 Composit (Filling) (1 Free) Small filling			
27/6/2020	- GSTRACHAN - MIGLIORIN MIGLITEXA Next app			

د. بشار علي ديب
 Dr. Basha Alidib
 أخصائي أمراض جلدية
 Specialist - Dermatology
 ترخيص رقم: D59826
 Orchid Medical Centre

REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQxO*

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	Mohamed,Bashar,Sakhr,,Kassas	IDN:	784199030371969	Mother Name:	
Name (Ar)	محمد بشار صخر,قصاص	Card Number:	092070892	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	06/12/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	04/12/2020	Date of Birth:	10/05/1990	Sponsor Name:	ذا مورن لتأجير بيوت العطلات ش.م.م
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120182755099	Residency Expiry:	04/12/2020
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

10/30/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 975.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005714)

Date: 30-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003187 - BASHAR KASSAS - 971563922229

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **975.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 30-10-2019

Being **DR CONSULTATION + VITAMINS PKG TEST 450 + CBC PKG 200**

Made by **Super Administrator**

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 : 1003187 - BASHAR KASSAS - 971563922229

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

Name : **Bashar**
Sex : **Male**
Date Of Birth : **29 Y**
Referred By : **Orchid Medical Center**
Receiving Date : **OCT-30-19 09:06 PM**
Insurance Company :
Indication :

Clinic File No. :
Lab File No. : **1910-09750**
Lab. Case No. : **57853**
Clinic Name : **Orchid Medical Center**
Reporting Date : **OCT-30-19 09:49 PM**
Insurance No. :

HEMATOLOGY & COAGULATION

Complete Blood Count

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Haemoglobin	17.9	H g/dL	12.0 - 17.0	
Haematocrit (Hct)	53.1	H %	40.0 - 52.0	
Erythrocyte Count (RBC)	6.1	H 10 ⁶ /mm ³	4.3 - 5.9	Automated cell counter
MCV	87	μm ³	76 - 94	
MCH	29	pg	27 - 31	
MCHC	34	g/dL	32 - 36	Automated cell counter
RDW	13.4	%	< 14	
Platelet Count	243	10 ³ /mm ³	150 - 400	Automated cell counter
Leucocyte Count (WBC)	9.7	10 ³ /mm ³	3.5 - 10.0	Automated cell counter
Differential Count				
Neutrophils	64	%	40 - 75	
Lymphocytes	28	%	20 - 45	
Monocytes	6	%	2 - 10	
Eosinophils	2	%	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

Analysed by : ...

Final Report
Page 1 of 1

Printed by : Er-Fe Heart Balnit
Flat 203 Union National Bank Bldg. Al-Buhaira Cornish St. Al-Mina' D.C. Box: 85228 Sharjah U.A.E. Printed on : OCT-30-19 11:12 PM

Name : Bashar
Sex : Male
Date Of Birth : 29 Y
Referred By : Orchid Medical Center
Receiving Date : OCT-30-19 09:07 PM
Insurance Company :
Indication :
Clinic File No. :
Lab File No. : 1910-09750
Lab. Case No. : 57853
Clinic Name : Orchid Medical Center
Reporting Date : OCT-30-19 09:49 PM
Insurance No. :

CLINICAL CHEMISTRY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Glucose, Random	94.8	mg/dL	60.0 - 140.0 < 140	
<i>Sample Type</i>				
Vitamin D, 25-OH (Total)	40.5	ng/mL	Deficient: <20 ng/mL Insufficient: 20 - 30 ng/mL Sufficient: 30 - 100 ng/mL Upper Safety limit: >100 ng/mL	ICMA
<i>Sample Type Serum</i>				
Alanine Aminotransferase (ALT)	44	U/L	< 45	Kinetic
Aspartate Aminotransferase (AST)	20	U/L	< 35	
Gamma Glutamyl Transferase (GGT)	27.3	U/L	< 55	
Bilirubin total	0.80	mg/dL	< 2.0	Diazo Reaction
Bilirubin direct	0.20	mg/dL	< 0.2	Colorimetric
Total Protein	8.2	g/dL	6.4 - 8.3	Colorimetric
Albumin	4.8	g/dL	3.5 - 5.2	Colorimetric
Globulin	3.4	g/dL	1.2 - 5.3	
Alkaline phosphatase (ALP)	70.0	U/L	<128	Colorimetric
<i>Sample Type Serum</i>				

* 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 Hagra:**
Clinical Pathologist
License No : D42240

Printed by : Er-Fe Heart Ballnait
Fiat 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 : OCT-30-19 11:12 PM

Name : **Bashar**
Sex : **Male**
Date Of Birth : **29 Y**
Referred By : **Orchid Medical Center**
Receiving Date : **OCT-30-19 09:06 PM**
Insurance Company :
Indication :

Clinic File No. :
Lab File No. : **1910-09750**
Lab. Case No. : **57853**
Clinic Name : **Orchid Medical Center**
Reporting Date : **OCT-30-19 09:49 PM**
Insurance No. :

HEMATOLOGY & COAGULATION

Complete Blood Count

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Haemoglobin	17.9	H g/dL	12.0 - 17.0	
Haematocrit (Hct)	53.1	H %	40.0 - 52.0	
Erythrocyte Count (RBC)	6.1	H 10 ⁶ /mm ³	4.3 - 5.9	Automated cell counter
MCV	87	μm ³	76 - 94	
MCH	29	pg	27 - 31	
MCHC	34	g/dL	32 - 36	Automated cell counter
RDW	13.4	%	< 14	
Platelet Count	243	10 ³ /mm ³	150 - 400	Automated cell counter
Leucocyte Count (WBC)	9.7	10 ³ /mm ³	3.5 - 10.0	Automated cell counter
Differential Count				
Neutrophils	64	%	40 - 75	
Lymphocytes	28	%	20 - 45	
Monocytes	6	%	2 - 10	
Eosinophils	2	%	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 : ...



Mona

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

License No : D42240

Final Report
Page 1 of 1

Printed by : **Er-Fe Heart Balindit** Printed on : **OCT-30-19 11:12 PM**
Flat 203 Union National Bank Bldg Al Buhaira Cornish St Al Manizh P O Box 66238 Sharjah U.A.E

Name : Bashar
Sex : Male
Date Of Birth : 29 Y
Referred By : Orchid Medical Center
Receiving Date : OCT-30-19 09:07 PM
Insurance Company :
Indication :
Clinic File No. :
Lab File No. : 1910-09750
Lab. Case No. : 57853
Clinic Name : Orchid Medical Center
Reporting Date : OCT-30-19 09:49 PM
Insurance No. :

CLINICAL CHEMISTRY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Glucose, Random	94.8	mg/dL	60.0 - 140.0 < 140	
<i>Sample Type</i>				
Vitamin D, 25-OH (Total)	40.5	ng/mL	Deficient: <20 ng/mL Insufficient: 20 - 30 ng/mL Sufficient: 30 - 100 ng/mL Upper Safety limit: >100 ng/mL	ICMA
<i>Sample Type Serum</i>				
Alanine Aminotransferase (ALT)	44	U/L	< 45	Kinetic
Aspartate Aminotransferase (AST)	20	U/L	< 35	
Gamma Glutamyl Transferase (GGT)	27.3	U/L	< 55	
Bilirubin total	0.80	mg/dL	< 2.0	Diazo Reaction
Bilirubin direct	0.20	mg/dL	< 0.2	Colorimetric
Total Protein	8.2	g/dL	6.4 - 8.3	Colorimetric
Albumin	4.8	g/dL	3.5 - 5.2	Colorimetric
Globulin	3.4	g/dL	1.2 - 5.3	
Alkaline phosphatase (ALP)	70.0	U/L	<128	Colorimetric
<i>Sample Type Serum</i>				

End of Report

* 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 Hagra:
Clinical Pathologist

License No : D42240

Final Report
Page 1 of 1

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 : OCT-30-19 11:12 PM



مركز أوركيك الطبية
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 600.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005866)

Date:06-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003187 - BASHAR KASSAS - 971563922229

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

By Cash 600.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date: 06-11-2019

Being 5 COMPOSITE FILLING 1 FREE

Made by Reem

- 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 : 1003187 - BASHAR KASSAS - 971563922229

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

Name : **Bashar**
 Sex : **Male**
 Date Of Birth : **29 Y**
 Referred By : **Orchid Medical Center**
 Receiving Date : **OCT-30-19 09:07 PM**
 Insurance Company :
 Indication :

Clinic File No. :
 Lab File No. : **1910-09750**
 Lab. Case No. : **57853**
 Clinic Name : **Orchid Medical Center**
 Reporting Date : **OCT-30-19 09:49 PM**
 Insurance No. :

CLINICAL CHEMISTRY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Glucose, Random	94.8	mg/dL	60.0 - 140.0 < 140	
<i>Sample Type</i>				
Vitamin D, 25-OH (Total)	40.5	ng/mL	Deficient: <20 ng/mL Insufficient: 20 - 30 ng/mL Sufficient: 30 - 100 ng/mL Upper Safety limit: >100 ng/mL	ICMA
<i>Sample Type Serum</i>				
Alanine Aminotransferase (ALT)	44	U/L	< 45	Kinetic
Aspartate Aminotransferase (AST)	20	U/L	< 35	
Gamma Glutamyl Transferase (GGT)	27.3	U/L	< 55	
Bilirubin total	0.80	mg/dL	< 2.0	Diazo Reaction
Bilirubin direct	0.20	mg/dL	< 0.2	Colorimetric
Total Protein	8.2	g/dL	6.4 - 8.3	Colorimetric
Albumin	4.8	g/dL	3.5 - 5.2	Colorimetric
Globulin	3.4	g/dL	1.2 - 5.3	
Alkaline phosphatase (ALP)	70.0	U/L	<128	Colorimetric
<i>Sample Type Serum</i>				

* 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

End of Report



Mona

Analysed by : ...

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

License No : D42240
 Printed on : OCT-30-19 11:12 PM
 Final Report
 Page 1 of 1
 Printed by : Er-Fe Heart Ballnoit
 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 : **Bashar**
 Sex : **Male**
 Date Of Birth : **29 Y**
 Referred By : **Orchid Medical Center**
 Receiving Date : **OCT-30-19 09:07 PM**
 Insurance Company :
 Indication :

Clinic File No. :
 Lab File No. : **1910-09750**
 Lab. Case No. : **57853**
 Clinic Name : **Orchid Medical Center**
 Reporting Date : **NOV-02-19 06:21 PM**
 Insurance No. :

CLINICAL CHEMISTRY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Glucose, Random	94.8	mg/dL	50.0 - 140.0 < 140	
<i>Sample Type</i>				
Vitamin D, 25-OH (Total)	40.5	ng/mL	Deficient: <20 ng/mL Insufficient: 20 - 30 ng/mL Sufficient: 30 - 100 ng/mL Upper Safety limit: >100 ng/mL	ICMA
Vitamin D-1-25-Dihydroxy (Serum, CLIA)	78.8	pg/mL	19.9 - 79.3	
<i>Interpretation:</i>				
<p>1. Cholecalciferol (VitaminD3) is synthesized in the skin from 7 dehydrocholesterol in response to sunlight, some part also comes from Diet and supplements. Ergocalciferol(Vitamin D2) comes essentially from diet and supplements.</p> <p>2. Both Cholecalciferol and Ergocalciferol are converted in the liver to 25 OH Vitamin D. 25 OH Vitamin D is further hydroxylated in the kidneys to produce 1, 25 Dihydroxy Vitamin D.</p> <p>4. The measurement of 1,25 Dihydroxy Vitamin D is indicated in several disorders affecting calcium metabolism such as sarcoidosis, renal failure, hyper or hypo -parathyroidism, rickets ,tumour associated hypercalcaemia, vitamin resistant dysfunction and treatment with anti-convulsive medication.</p>				
<i>Sample Type Serum</i>				
Alanine Aminotransferase (ALT)	44	U/L	< 45	Kinetic
Aspartate Aminotransferase (AST)	20	U/L	< 35	
Gamma Glutamyl Transferase (GGT)	27.3	U/L	< 55	

* 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 Hagras**
 Clinical Pathologist
 License No : D42240

Final Report
 Page 1 of 2

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

Printed on : NOV-02-19 07:32 PM

Name : **Bashar**
 Sex : **Male**
 Date Of Birth : **29 Y**
 Referred By : **Orchid Medical Center**
 Receiving Date : **OCT-30-19 09:07 PM**
 Insurance Company :
 Indication :

Clinic File No. :
 Lab File No. : **1910-09750**
 Lab. Case No. : **57853**
 Clinic Name : **Orchid Medical Center**
 Reporting Date : **NOV-02-19 06:21 PM**
 Insurance No. :

CLINICAL CHEMISTRY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Bilirubin total	0.80	mg/dL	< 2.0	Diazo Reaction
Bilirubin direct	0.20	mg/dL	< 0.2	Colorimetric
Total Protein	8.2	g/dL	6.4 - 8.3	Colorimetric
Albumin	4.8	g/dL	3.5 - 5.2	Colorimetric
Globulin	3.4	g/dL	1.2 - 5.3	Colorimetric
Alkaline phosphatase (ALP) Sample Type Serum	70.0	U/L	<128	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



Mona

Analysed by : ...

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 : NOV-02-19 07:32 PM

Name : **Bashar**
Sex : **Male**
Date Of Birth : **29 Y**
Referred By : **Orchid Medical Center**
Receiving Date : **OCT-30-19 09:06 PM**
Insurance Company :
Indication :

Clinic File No. :
Lab File No. : **1910-09750**
Lab. Case No. : **57853**
Clinic Name : **Orchid Medical Center**
Reporting Date : **OCT-30-19 09:49 PM**
Insurance No. :

HEMATOLOGY & COAGULATION

Complete Blood Count

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Haemoglobin	17.9	H g/dL	12.0 - 17.0	
Haematocrit (Hct)	53.1	H %	40.0 - 52.0	
Erythrocyte Count (RBC)	6.1	H 10 ⁶ /mm ³	4.3 - 5.9	Automated cell counter
MCV	87	µm ³	76 - 94	
MCH	29	pg	27 - 31	
MCHC	34	g/dL	32 - 36	Automated cell counter
RDW	13.4	%	< 14	
Platelet Count	243	10 ³ /mm ³	150 - 400	Automated cell counter
Leucocyte Count (WBC)	9.7	10 ³ /mm ³	3.5 - 10.0	Automated cell counter
Differential Count				
Neutrophils	64	%	40 - 75	
Lymphocytes	28	%	20 - 45	
Monocytes	6	%	2 - 10	
Eosinophils	2	%	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

Printed by : Er-Fe Heart Bahrainit
Page 1 of 1

Printed on : OCT-30-19 11:12 PM

Unit: National Bank Bldg Al Bahrain Cornish St Al Manar B O. Box 85238 Sharjah U.A.E



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 975.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005714)

Date: 30-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003187 - BASHAR KASSAS - 971563922229

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 975.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 30-10-2019

Being DR CONSULTATION + VITAMINS PKG TEST 450 + CBC PKG 200

Made by Super Administrator

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 : 1003187 - BASHAR KASSAS - 971563922229

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

25/10/2020

NO OBJECTION TO transfer 450 Vitamins PKGS

To PRP Session, So will pay

Extra 200

After
with
MR. RANJITH
Checkin
Sign

PPRP Treatment Consent Form الموافقة 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 تساوي تقريباً (١١ - ٢٢ مل).

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 لتخفيف الخلايا و إعادة التنشيط لها.

هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض، لذا كان لديك أي أسئلة أو تتردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

الاعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم اللطيف الى المتوسط في المنطقة المعالجة. وقد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة، ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة التورمة اذا تطلب الأمر، من الممكن ان تشعر ببعض الحرقز الخفيف بينما يتم تشييد الخلايا. نادراً ما يصاحب العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضادات الحيوية.

موانع العلاج

لا يجب ان تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية:
- الأمراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير الخالية كسرطانات الخلايا الحشرية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغرية و السرطان الجهازي و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الأمراض الجلدية التي تصيب الوجه (مثال: البروزيفيا)، أمراض الدم و الخلل في الصفائح الدموية، علاج تشتر الدم (مثال، الوارفارين)

- متلازمة حثل الصفائح الدموية، نقص الحديد في عند الصفائح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم، عدم استقرار تدفق الدم حالات التعفن الدموي، أمراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.

- تناول الأسبرين و مضادات الالتهاب كالتيفين و النورابن و الستيرويدات و التابريكسين، أو مستحضرات التجميل، أو اذا كنت تتناول حالياً (خلال الأربعة عشر يوماً الماضية) مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي إلى ترقق الدم في حالة ظهوره، لسد جوائح العلاج لتضي سبق ذكرها يرجى تحديد ذلك هنا

و اذا لم تكن متأكدًا أو كانت لديك أي استفسارات اسأل الطبيب المختص،

اسم المريض / التوقيع

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 complete 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:

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

أنتهم أن نتائج هذا العلاج قد تتفاوت من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية.
وأنتهم أنه برغم التغيير الذي قد ألحظه من بعد جلسة العلاج الأولى قد احتاج حتى ٦ جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

أقر بأن هذا الإجراء الطبي وآثاره الجانبية و بدائله الممكنة و منافعها و مضارها قد شُرحت 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.
أترك 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 أن هذا الإقرار و التفويض سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قائمة.
و أنني قد احتاج لتوقيع أقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الإقرار بالكامل (أو قد تمت قرأته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.
و لحي قد حصلت على الفرصة الكاملة ل طرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الخطار و الأعراض الجانبية المتوقعة عليه و خيارات العلاج البديلة له. و أن جميع أسئلتي قد أجيببت بشكل كامل و واثق و أن جميع الاجابات التي خستتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملأها قبل توقيعني، إنناه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

ان هذا الإقرار صالح بالكامل حتى أنني كاملاً أو جزئياً و بخط اليد.

أقر أنني قد ملأ استمارة الأسئلة الطبية و شُرحت تاريخي الطبي بشكل كامل و بكامل اراحتي.

اسم المريض / التوقيع

التاريخ: ... / ... / ...



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 180.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-009729

Date: 27-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003187 - BASHAR KASSAS - 971563922229**

The sum of Dhs. **One Hundred Eighty Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **180.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____ Cheque No. _____ Date: _____

Being **1 session prp + 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

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