



File No:

Date: / /

Date: ... / ... /

File Number: 1003640

Patient Name:

اسم المريض: نور شويخ

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 2 / 9 / 96

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية):

Occupation (الوظيفة):

0543870012

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف):

E-MAIL:

How did you know about us:

| التاريخ الطبي | Medical History | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل |
|--|--|--------------------|---|
| الحالة الطبية <td>Medical Condition</td> <td></td> <td></td> | Medical Condition | | |
| هل تعاطى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثة؟ | Recent or current drugs/Medical Treatment | ن | |
| هل تعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟ | Corticosteroids/Immunosuppressant | ن | |
| هل لديك أي حساسية؟ | Allergies | ن | |
| هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟ | Surgical Operations, Serious Illness | ن | |
| جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب | Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease | ن | |
| هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات للدم؟ | High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants | ن | |
| انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) | Anemia, Leukemia | ن | |
| امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى | Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other | ن | |
| هل تعاني من أي امراض في الكلى أو تناسلية؟ | Renal, Urinary, Sexually transmitted disease | ن | |
| هل أنت حامل؟ هل تعاطين أي موانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems | ن | |
| التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى | Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases | ن | |
| قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟ | Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other | ن | |
| هل تعالين من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟ | Epilepsy, or any other neurological disease | ن | |
| هل تعالين من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟ | Thyroid Diseases, Diabetes | ن | |
| هل تعالين من أي امراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا السيط...etc | Other conditions HSV, HIV...etc | ن | |



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 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 العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي كالاتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات 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 لدي 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

| | | | | | |
|-----------------|-----|----------------------------|----|--------------------------|--|
| Weight (الوزن): | Kg | Height (الطول): | cm | Blood Type (نوعية 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 المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تعاطي 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 |
|------------|---|---------|---------|-----------|
| 24/12/2019 | Carbon Lasers | | | |
| 28/12/2019 | Severe ACNE Vulgaris Deep forehead wrinkles Blood test dysport (0.5) Plan: Roaccutane | | 850 | |
| | | | | |
| | | | | |
| 8/1/2020 | Blood test = Normal oratan 20x2 30 days W=62 next app after (next week) | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 5/2/2020 | Blood test = Normal oratan 20x2 30 days next app: 7/3 | | | |
| | | | | |
| 7/3/2020 | 60% improve oratan 20x2 30 days next: 8/4 (liver function) | | | |

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 Dermatology Specialist
 MOH License No. 1826
 Orchid Medical Centre

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 Dermatology Specialist
 MOH License No. 1826
 Orchid Medical Centre

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 Dermatology Specialist
 MOH License No. 1826
 Orchid Medical Centre



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009235)

Date:06-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003640 - NOORA TAWFIQ - 971543870012

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: 06-06-2020

Being 1 cons + vat

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 : 1003640 - NOORA TAWFIQ - 971543870012

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

جهاز Q-Switch Laser أقر أنا نورة توفيق بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

ليزر ال **■ التقشير الكروني** باستخدام لوشن الكرونيو بتعمق التقشير بالليزر هو أحد الإستراتيجيات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشوذ الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى) تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. يتشكل عام بنصح 3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 أشهر.

■ **التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر** يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكرونيو، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكرونيو مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإنتهاء. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 أشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تقشير الشعر.

. إزالة فطريات الإحباط (الوضع A)

. بير إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترينوين (الأكويتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

. الأمراض الجلدية والإتهابات و الإورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإنز والتهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

. التهاب.

أقهم تملأ ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة ان تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى انهاء خطة العلاج، و انا اقهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي للليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج. وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

أقهم ان كما هناك منافع للإجراء المطلوب، أقهم ان الإجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تأخر في فترة الشفاء/ الانتعاش، ما عدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

أقهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت، تغيرات مشابهة لتغيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة أيام فقط، تغيرات صبغية (بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة أشهر. بعض الأعراض المحتملة قد تتضمن حكة، ألم، كدمات، التهاب، ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج . وعلى ايضا ابقاء عيناك مغطاين أثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة، وقد تمت الإجابة على جميع اسئلتني وقد وقعت على هذا الإقرار بكامل ارادتي.

التوقيع:

التاريخ:

اسم المريض/ولي امر المريض:



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-006680)

Date: 24-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003640 - NOORA 000 - 971524234289

The sum of Dhs. Two Hundred Sixty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 262.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-12-2019

Being

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 : 1003640 - NOORA 000 - 971524234289

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

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO

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 | Nora,,,Taoufiq | IDN: | 784199648691501 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | نورة,,,توفيق | Card Number: | 094274581 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | MAR | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | المغرب | | |
| Issue Date: | 25/04/2019 | Sex: | F | Sponsor Type: | 06 |
| Expiry Date: | 21/04/2021 | Date of Birth: | 09/02/1996 | Sponsor Name: | الخطوط المصنفة لاصصال الفقيه بن م م |
| Marital Status: | 01 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 00 |
| Residency Type: | 02 | Residency Number: | 20120192185119 | Residency Expiry: | 21/04/2021 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 04 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

12/24/2019

ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: 28/12/20

أنا السيد/السيدة _____ 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 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، ترميل، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاء، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالمعضلات، أعراض الانفلونزا، 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 أفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا أفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيلي حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور أو الوصف المرفق
نعم
لا

التوقيع: 

اسم المريض: دورة

التوقيع: 

اسم المعالج: Dr. Waseem



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006753)

Date:28-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003640 - NOORA 000 - 971524234289

The sum of Dhs. Eight Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 892.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 28-12-2019

Being 1 injection botox + vat

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 : 1003640 - NOORA 000 - 971524234289

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

Patient Details

Patient Name Nora Taoufiq

DOB 09-02-1996

Patient Id 784199648691501

Gender Female

Prescription Details

Facility ORCHID MEDICAL CENTRE(7243)

Prescription Issue Date 05-Feb-2020 13:55:22

Prescription Expiry Date 08-Feb-2020 13:55:22

Clinician Name Wesam Marwan Altabbaa(MOHD54409)

Prescription No 9987176

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
Clinician Comment: after meal
Dosage Advice: Take 1 Capsule Twice a day



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-007468)

Date: 05-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003640 - NOORA TAWFIQ - 971543870012**

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: **05-02-2020**

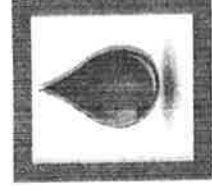
Being **consultation + vat**

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 : **1003640 - NOORA TAWFIQ - 971543870012**

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



LABORATORY INVESTIGATION REPORT

| | | | |
|--------------|---------------------|---------------|-----------------------|
| Patient Name | : Ms / Nora Taoufiq | Patient ID | : 1020000081 |
| Gender/Age | : Female / 23 Years | Visit ID | : 1020000086 |
| Clinic | : City Lab Offers | Registered on | : 01/01/2020 09:56:21 |
| Doctor | : Self | MRN | : |

HEMATOLOGY

CBC (Complete Blood Count)

| | Result | Unit | Ref. Range | Methodology |
|---|--------|----------------------|-------------|----------------|
| RBC (Red Blood Cells) | 4.3 | 10 ¹⁶ /μL | 3.9 - 5.2 | Impedance |
| HB (Hemoglobin) | 13.5 | g/dL | 12.0 - 16.0 | SLS |
| HCT (Hematocrit) | 37.8 | % | 35.0 - 45.0 | Impedance |
| *MCV (Mean Corpuscular Volume) | 87 | fL | 80 - 98.3 | Calculated |
| MCH (Mean Corpuscular Haemoglobin) | 31 | pg | 27.0 - 32.0 | SLS/Impedance |
| MCHC (Mean Corpuscular Haemoglobin Concentration) | 35.6 | g/dL | 32.0 - 37.0 | SLS/Impedance |
| RDW | 13.4 | % | 12 - 15.5 | Calculated |
| Platelet Count | 308 | 10 ¹³ /μL | 150 - 450 | Impedance |
| WBC (White Blood Cells) | 4.9 | 10 ¹³ /μL | 4.5 - 11 | Flow Cytometry |

Relative Differential Count

| | Result | Unit | Ref. Range |
|-----------------|--------|------|------------|
| Neutrophils (%) | 53.08 | % | 30 - 65 |
| Lymphocytes (%) | 37.03 | % | 20 - 40 |
| Eosinophils (%) | 1.53 | % | 0 - 6 |
| Monocytes (%) | 8.14 | % | 1 - 10 |
| Basophils (%) | 0.22 | % | 0 - 1 |

Absolute Differential Count

| | Result | Unit | Ref. Range | Methodology |
|-------------------|--------|--------------------|------------|----------------|
| Neutrophils (Abs) | 2.58 | 10 ⁹ /L | 2 - 7 | Flow Cytometry |
| Lymphocytes (Abs) | 1.8 | 10 ⁹ /L | 1.5 - 4 | Flow Cytometry |
| Eosinophils (Abs) | 0.07 | 10 ⁹ /L | 0.02 - 0.5 | Flow Cytometry |
| Monocytes (Abs) | 0.4 | 10 ⁹ /L | 0.2 - 1.0 | Flow Cytometry |
| Basophils (Abs) | 0.01 | 10 ⁹ /L | 0.00 - 0.1 | Flow Cytometry |

Sample Type : EDTA Whole Blood

*** End Of Report ***

* Results reported are for the samples received and reference range is age related when applicable.

Analysed by : Amira Eldib
Medical Technologist
License No : T-56135
02/01/2020 03:48:20

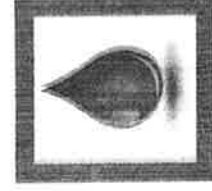


Approved by : Dr. Hoda Gohar
Clinical Pathologist
License No : D-18943
02/01/2020 03:48:21

The Report is automatic generated

Collected on: 01/01/2020 09:56:32 Page 1 of 1

303 K.M Trading Building, Opposite Lulu, Ajman.
Tel: +971 6 7443944, Mob: +971 50 6061232, Email: citylabml@gmail.com, P.O.Box : 3886, Ajman.



LABORATORY INVESTIGATION REPORT

| | | | |
|--------------|---------------------|---------------|-----------------------|
| Patient Name | : Ms / Nora Taoufiq | Patient ID | : 1020000081 |
| Gender/Age | : Female / 23 Years | Visit ID | : 1020000086 |
| Clinic | : City Lab Offers | Registered on | : 01/01/2020 09:56:21 |
| Doctor | : Self | MRN | : |

| Test Name | Result | Unit | Ref. Range | Methodology |
|------------|--------|------|------------|-------------|
| HEMATOLOGY | | | | |

BLOOD GROUP (ABO & RH TYPE)

ABO Group "O" Positive Gel Method

Sample Type : EDTA Whole Blood
ESR 8 mm/hr < 20.0 Westergren

Sample Type : EDTA Whole Blood

Analysed by : Amira Eldib
Medical Technologist
License No : T-56135
02/01/2020 03:48:31

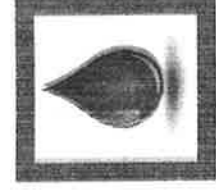


Approved by : Dr. Hoda Gohar
Clinical Pathologist
License No : D-18943
02/01/2020 03:48:35

The Report is automatic generated

Collected on: 01/01/2020 09:56:32 Page 1 of 8

303 K.M Trading Building, Opposite Lulu, Ajman.
Tel: +971 6 7443944, Mob: +971 50 6061232, Email: citylabmi@gmail.com, P.O.Box : 3886, Ajman.



LABORATORY INVESTIGATION REPORT

Patient Name : Ms / Nora Taoufiq
Gender/Age : Female / 23 Years
Clinic : City Lab Offers
Doctor : Self

Patient ID : 1020000081
Visit ID : 1020000086
Registered on : 01/01/2020 09:56:21
MRN :

Test Name Result Unit Ref. Range Methodology

BIO-CHEMISTRY

Vitamin D (25 Hydroxy, Total) 37.2 nmo/L
Deficiency: < 25
Insufficiency: 25 - < 75
Sufficiency: 75 - 120
Toxicity: > 120
CLIA

N.B. : Vit D (25 – OH) is the sum of Vit D2 (25 – OH) and Vit D3 (25 – OH). In normal persons not taking external supplements - Vit D3 comprises approximately 90 % of the total.

5 hydroxy (25–OH) vitamin D3 or calcidiol is the storage form of vitamin D3. Deficiency is associated with osteoporosis, multiple sclerosis, and rheumatoid arthritis and mood disorders. Both Vitamin D2 and Vitamin D3 are converted to 25–OH vitamin D3 in the liver. 25 hydroxy vitamin D3 circulates to the kidney where it is converted to 1, 25 hydroxy vitamins D3 or calcitriol, the functional form of the vitamin.

Calcitriol is vital to calcium regulation and low serum calcium causes release of parathormone which converts 25–OH vitamin D3 to

1, 25–OH vitamin D3 which then triggers osteolysis: releasing calcium into the blood stream.

Sample Type : Serum



Analysed by : Amira Eldib
Medical Technologist
License No : T-56135
02/01/2020 03:48:31

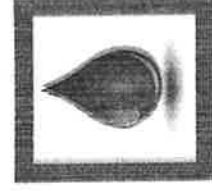
Approved by : Dr. Hoda Gohar
Clinical Pathologist
License No : D-18943
02/01/2020 03:48:35

The Report is automatic generated

Collected on: 01/01/2020 09:56:32 Page 2 of 8

303 K.M Trading Building, Opposite Lulu, Ajman.
Tel: +971 6 7443944, Mob: +971 50 6061232, Email: city/labm@gmail.com, P.O.Box : 3886, Ajman.

عجمان، للتجارة، مقابل اللولو، عجمان، 303



LABORATORY INVESTIGATION REPORT

Patient Name : Ms / Nora Taoufiq
Gender/Age : Female / 23 Years
Clinic : City Lab Offers
Doctor : Self

Patient ID : 1020000081
Visit ID : 1020000086
Registered on : 01/01/2020 09:56:21
MRN :

| Test Name | Result | Unit | Ref. Range | Methodology |
|-----------|--------|--------|------------|-------------|
| Iron | 8.3 | umol/L | 6.6 - 26 | FerroZine |

Sample Type :Serum



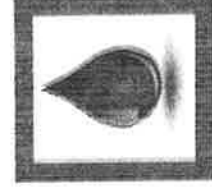
Analysed by : Amira Eldib
Medical Technologist
License No : T-56135
02/01/2020 03:48:31

Approved by : Dr. Hoda Gohar
Clinical Pathologist
License No : D-18943
02/01/2020 03:48:35

The Report is automatic generated

Collected on: 01/01/2020 09:56:32 Page 3 of 8

303 K.M Trading Building, Opposite Lulu, Ajman.
Tel: +971 6 7443944, Mob: +971 50 6061232, Email: citylabmi@gmail.com, P.O.Box : 3886, Ajman.



LABORATORY INVESTIGATION REPORT

Patient Name : Ms / Nora Taoufiq
Gender/Age : Female / 23 Years
Clinic : City Lab Offers
Doctor : Self

Patient ID : 1020000081
Visit ID : 1020000086
Registered on : 01/01/2020 09:56:21
MRN :

| Test Name | Result | Unit | Ref. Range | Methodology |
|----------------------------------|--------|-------|-------------|--|
| ALT (Alanine Aminotransferase) | 7 | U/L | < 32 | I FCC, UV Buffer |
| AST (Aspartate Aminotransferase) | 10 | U/L | < 33 | I FCC, UV Buffer |
| Creatinine | 0.58 | mg/dL | 0.50 - 0.90 | Enzymatic |
| Urea | 11.4 | mg/dL | 10 - 50 | Enzymatic Kinetic |
| Uric Acid | 3.3 | mg/dL | 2.4 - 5.7 | Enzymatic |
| Albumin | 3.87 | g/dL | 3.5 - 5.2 | Enzymatic Kinetic |
| Glucose (Random) | 82.5 | mg/dL | < 140 | Oxidase Method |
| Magnesium | 2.52 | mg/dL | 1.60 - 2.60 | Colorimetric method with Chlorophosphonazo III |
| Calcium | 9.03 | mg/dL | 8.6 - 10.0 | Colorimetric Method ,Arsenazo III |
| Phosphorus | 4.3 | mg/dL | 2.5 - 4.5 | Endpoint method |



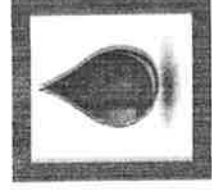
Analysed by : Amira Eldib
Medical Technologist
License No : T-56135
02/01/2020 03:48:31

Approved by : Dr. Hoda Gohar
Clinical Pathologist
License No : D-18943
02/01/2020 03:48:35

The Report is automatic generated

Collected on: 01/01/2020 09:56:32 Page 4 of 8

303 K.M Trading Building, Opposite Lulu, Ajman.
تلي: +971 6 7443944, Mob: +971 50 6061232, Email: citylabml@gmail.com, P.O.Box : 3886, Ajman.



LABORATORY INVESTIGATION REPORT

Patient Name : Ms / Nora Tacufiq Patient ID : 1020000081
Gender/Age : Female / 23 Years Visit ID : 1020000086
Clinic : City Lab Offers Registered on : 01/01/2020 09:56:21
Doctor : Self MRN :

| Test Name | Result | Unit | Ref. Range | Methodology |
|-----------|--------|------|------------|-------------|
|-----------|--------|------|------------|-------------|

TUMOUR MARKER

| | | | | |
|---------|------|------|------|------|
| CA 15.3 | 16.3 | U/ml | < 31 | CLIA |
|---------|------|------|------|------|

Sample Type :Serum

Analysed by : Amira Eldib
Medical Technologist
License No : T-56135
02/01/2020 03:48:31

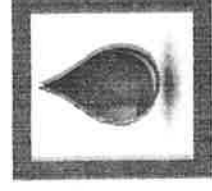


Approved by : Dr. Hoda Gohar
Clinical Pathologist
License No : D-18943
02/01/2020 03:48:35

The Report is automatic generated

Collected on: 01/01/2020 09:56:32 Page 5 of 8

303 K.M Trading Building, Opposite Lulu, Ajman.
Tel: +971 6 7443944, Mob: +971 50 6061232, Email: citylabml@gmail.com, P.O.Box : 3886, Ajman.



LABORATORY INVESTIGATION REPORT

Patient Name : Ms / Nora Taoufiq Patient ID : 1020000081
Gender/Age : Female / 23 Years Visit ID : 1020000086
Clinic : City Lab Offers Registered on : 01/01/2020 09:56:21
Doctor : Self MRN :

| Test Name | Result | Unit | Ref. Range | Methodology |
|-----------|--------|------|------------|-------------|
|-----------|--------|------|------------|-------------|

IMMUNOLOGY

| | | | | |
|--------------------------|-----|------|-----------------------------|---------------------|
| CRP (C-Reactive Protein) | 2.0 | mg/L | Adult < 5.0 Infant < 1.6 | Immunoturbidimetric |
|--------------------------|-----|------|-----------------------------|---------------------|

Sample Type : Serum

Analysed by : Amira Eldib
Medical Technologist
License No : T-56135
02/01/2020 03:48:31

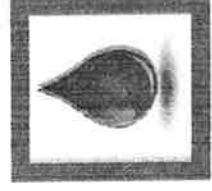
Approved by : Dr. Hoda Echar
Clinical Pathologist
License No : D-18943
02/01/2020 03:48:35



The Report is automatic generated

Collected on: 01/01/2020 09:56:32 Page 6 of 8

303 K.M Trading Building, Opposite Lulu, Ajman.
Tel: +971 6 7443944, Mob: +971 50 6061232, Email: citylabml@gmail.com, P.O.Box : 3886, Ajman.



LABORATORY INVESTIGATION REPORT

Patient Name : Ms / Nora Taoufiq Patient ID : 1020000081
Gender/Age : Female / 23 Years Visit ID : 1020000086
Clinic : City Lab Offers Registered on : 01/01/2020 09:56:21
Doctor : Self MRN :

Test Name Result Unit Ref. Range Methodology

ENDOCRINOLOGY

TSH (Thyroid Stimulating Hormone) 0.617 uIU/mL 0.27 - 4.20 CLIA

Sample Type : Serum

Analysed by : Amira Eldib
Medical Technologist
License No : T-56135
02/01/2020 03:48:31

Approved by : Dr. Hoda Gohar
Clinical Pathologist
License No : D-18943
02/01/2020 03:48:35



The Report is automatic generated

Collected on: 01/01/2020 09:56:32 Page 7 of 8

303 ك.م. Trading Building, Opposite Lulu, Ajman.
Tel: +971 6 7443944, Mob: +971 50 6061232, Email: citylabml@gmail.com, P.O.Box : 3886, Ajman.



LABORATORY INVESTIGATION REPORT

Patient Name : Ms / Nora Taoufiq Patient ID : 1020000081
 Gender/Age : Female / 23 Years Visit ID : 1020000086
 Clinic : City Lab Offers Registered on : 01/01/2020 09:56:21
 Doctor : Self MRN :

| Test Name | Result | Unit | Ref. Range | Methodology |
|-----------|--------|------|------------|-------------|
|-----------|--------|------|------------|-------------|

SEROLOGY

| | | | | |
|------------------------------|----------|--|----------|--------------------------|
| Helicobacter Pylori Antibody | Positive | | Negative | Immunochromatograph y |
|------------------------------|----------|--|----------|--------------------------|

Sample Type : Serum

*** End Of Report ***

* Results reported are for the samples received and reference range is age related when applicable.

Analysed by : Amira Eidib
 Medical Technologist
 License No : T-56135
 02/01/2020 03:48:31



Approved by : Dr. Hoda Gohar
 Clinical Pathologist
 License No : D-18943
 02/01/2020 03:48:35

The Report is automatic generated

Collected on: 01/01/2020 09:56:32 Page 8 of 8

303 K.M. Trading Building, Opposite Lulu, Ajman.
 Tel: +971 6 7443944, Mob: +971 50 6061232, Email: citylabmt@gmail.com, P.O.Box : 3886, Ajman.

Patient Details

Patient Name Nora Taoufiq

DOB 09-02-1996

Patient Id 784199648691501

Gender Female

Prescription Details

Facility ORCHID MEDICAL CENTRE(7243)
Prescription Issue Date 08-Jan-2020 14:17:03
Prescription Expiry Date 11-Jan-2020 14:17:03
Clinician Name Wesam Marwan Altabbaa(MOHD54409)
Prescription No 8941123
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
Clinician Comment: AFTER FOOD
Dosage Advice: Take 1 Capsule Twice a day



مركز أوركيديك الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008037)

Date:07-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003640 - NOORA TAWFIQ - 971543870012

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: 07-03-2020

Being cons + vat

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 : 1003640 - NOORA TAWFIQ - 971543870012

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008730)

Date:09-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003640 - NOORA TAWFIQ - 971543870012

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: 09-05-2020

Being **CON + VAT**

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 : **1003640 - NOORA TAWFIQ - 971543870012**

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

www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008446)

Date:08-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003640 - NOORA TAWFIQ - 971543870012

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: 08-04-2020

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 : 1003640 - NOORA TAWFIQ - 971543870012

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

Patient Details

Patient Name Nora Tacouf
DOB 09-02-1996
Patient Id 784199648691501

Gender Female

Prescription Details

Facility ORCHID MEDICAL CENTRE(7243)
Prescription Issue Date 08-Apr-2020 14:43:08
Prescription Expiry Date 11-Apr-2020 14:43:08
Clinician Name Wesam Marwan Altabbaa(DHA-P-0104696)
Clinician Qualification Dermatology
Prescription No 12250462
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
Clinician Comment: AFTER FOOD
Dosage Advice: Take 1 Capsule Twice a day

Patient Details

Patient Name Nora Taoufiq
DOB 09-02-1996
Patient Id 784199648691501
Gender Female

Prescription Details

Facility ORCHID MEDICAL CENTRE(7243)
Prescription Issue Date 09-May-2020 13:42:12
Prescription Expiry Date 12-May-2020 13:42:12
Clinician Name Wesam Marwan Altabbaa(DHA-P-0104696)
Clinician Qualification Dermatology
Prescription No 13116632
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 FOOD
Dosage Advice: Take 1 Capsule Once a day

Patient Details

Patient Name Nora Taoufiq
DOB 09-02-1996
Patient Id 784199648691501
Gender Female

Prescription Details

Facility ORCHID MEDICAL CENTRE(7243)
Prescription Issue Date 08-Mar-2020 14:47:09
Prescription Expiry Date 11-Mar-2020 14:47:09
Clinician Name Wesam Marwan Altabbaa(MOHD54409)
Prescription No 11197075
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
Clinician Comment: after food
Dosage Advice: Take 1 Capsule Twice a day

Patient Details

Patient Name Nora Taoufiq
DOB 09-02-1996
Patient Id 784199648691501
FQ9650563 Morocco
Gender Female

Prescription Details

Facility ORCHID MEDICAL CENTRE(7243)
Prescription Issue Date 06-Jun-2020 15:48:11
Prescription Expiry Date 09-Jun-2020 15:48:11
Clinician Name Wesam Altabbbaa(DHA-P-0104696)
Clinician Qualification Dermatology
Prescription No 13921289
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 food
Dosage Advice: Take 1 Capsule Once a day