



File No:

Date: / /

Date: 25 / 1 / 2020

File Number: 1003882

Patient Name: ~~Amr~~ Taha Taha, Daktar, Daktar

إسم المريض:

Date Of Birth: 2 / 1 / 2008 Gender: M

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: ~~Syrian~~ Occupation:

Phone No. (رقم الهاتف):

Address (العنوان): ~~Al-Khaima~~

How did you know about us:

E-MAIL:

التاريخ الطبي Medical History	
Medical Condition	العلة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	لا / نعم
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)	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو 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 هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc	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 يكشف الطبيب خلال العلاج أمور مختلفة عن ما نذكر 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 الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- 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 الي مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزيف 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 قدمت لي قسفي الملف صحية 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

Vital Signs المؤشرات الحيوية			
Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/
			Blood Type (فصيلة 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 ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعوي): 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

.....

Clinic File No.:
Lab File No.:
Lab No.:

TEST REQUEST FORM

Name: _____
DOB/Age: _____
Gender: Male Female
Nationality: _____
Mob No.: _____
E-mail: _____
Report Send to: _____

Specimen Collection Date: _____ Time: _____
Fasting: Yes No
Pregnancy: Yes Week No
Ref. Doctor: _____
Ref. Clinic: _____
Insurance Company: _____
Insurance No.: _____

Clinical Details :

BIOCHEMISTRY	HORMONES	CMV (IgM / IgG)	ALLERGY TESTING
<input type="checkbox"/> Albumin S	<input type="checkbox"/> 17-OH-Progesterone S	<input type="checkbox"/> CRP S	<input type="checkbox"/> Allergy (Food / Inhalant / Paediatric) S
<input type="checkbox"/> Aldosterone S	<input type="checkbox"/> ACTH S	<input type="checkbox"/> EBV (IgG / IgM) S	<input type="checkbox"/> IgE S
<input type="checkbox"/> Alkaline Phosphatase S	<input type="checkbox"/> Anti-Tg Antibodies S	<input type="checkbox"/> H. pylori (Ag / Ab) S/ST	PROFILES
<input type="checkbox"/> ALT (SGPT) S	<input type="checkbox"/> Beta HCG S	<input type="checkbox"/> HAV (Total / IgM) S	<input type="checkbox"/> Anemia Profile I
<input type="checkbox"/> Amylase (Total / Pancreatic) S	<input type="checkbox"/> Cotisol (AM / PM / R) S	<input type="checkbox"/> HBc (IgM) S	<input type="checkbox"/> Anemia Profile II
<input type="checkbox"/> AST (SGOT) S	<input type="checkbox"/> DHEA-S S	<input type="checkbox"/> HBe (Ag / Ab) S	<input type="checkbox"/> Antenatal Screen Profile
<input type="checkbox"/> Bicarbonate (HCO3) S	<input type="checkbox"/> Estradiol (E2) S	<input type="checkbox"/> HBs Ag S	<input type="checkbox"/> Diabetes Profile
<input type="checkbox"/> Bilirubin (Total / Direct / Indirect) S	<input type="checkbox"/> Estriol (E3) S	<input type="checkbox"/> HBs Ab S	<input type="checkbox"/> Double Test Profile
<input type="checkbox"/> BNP S	<input type="checkbox"/> FSH S	<input type="checkbox"/> HIV Combi S	<input type="checkbox"/> Fertility Profile - Female
<input type="checkbox"/> Calcium (Total / Ionized) S	<input type="checkbox"/> Growth Hormone S	<input type="checkbox"/> HSV I (IgG / IgM) S	<input type="checkbox"/> Fertility Profile - Male
<input type="checkbox"/> Chloride S	<input type="checkbox"/> Insulin (Fasting / PP/1hr/Random) S	<input type="checkbox"/> HSV II (IgG / IgM) S	<input type="checkbox"/> General Health Profile
<input type="checkbox"/> Cholesterol (HDL / LDL) S	<input type="checkbox"/> LH S	<input type="checkbox"/> HCV Abs. S	<input type="checkbox"/> Hepatitis B Full Profile
<input type="checkbox"/> Cholesterol, Total S	<input type="checkbox"/> Parathyroid hormone (PTH) EP	<input type="checkbox"/> IgA / IgG / IgD / IgM S	<input type="checkbox"/> Hirustism Profile I
<input type="checkbox"/> CK S	<input type="checkbox"/> Progesterone S	<input type="checkbox"/> Measles (IgG / IgM) S	<input type="checkbox"/> Hirsutism Profile II
<input type="checkbox"/> CK-MB S	<input type="checkbox"/> Prolactin S	<input type="checkbox"/> Monospot S	<input type="checkbox"/> Kidney Function Test
<input type="checkbox"/> Creatinine S	<input type="checkbox"/> SHBG S	<input type="checkbox"/> RF S	<input type="checkbox"/> Lipid Profile I
<input type="checkbox"/> Creatinine Clearance S-240	<input type="checkbox"/> T3 (Free / Total) S	<input type="checkbox"/> Rubella (IgG / IgM) S	<input type="checkbox"/> Lipid Profile II
<input type="checkbox"/> Ferritin S	<input type="checkbox"/> T4 (Free / Total) S	<input type="checkbox"/> Toxoplasma (IgG / IgM) S	<input type="checkbox"/> Liver Function Test
<input type="checkbox"/> Folate (Folic Acid) S	<input type="checkbox"/> TBG S	<input type="checkbox"/> TPHA S	<input type="checkbox"/> Menopausal Profile
<input type="checkbox"/> GGT S	<input type="checkbox"/> Testosterone (Free / Total) S	<input type="checkbox"/> Vericella Zoster (IgG / IgM) S	<input type="checkbox"/> Osteoporosis Profile
<input type="checkbox"/> Glucose (Fasting / Random / PP) NF	<input type="checkbox"/> Thyroglobulin (Ig) S	<input type="checkbox"/> VDRL S	<input type="checkbox"/> Ovarian Function Profile
<input type="checkbox"/> Glucose Tolerance Test NF	<input type="checkbox"/> TSH S	<input type="checkbox"/> Widal Test S	<input type="checkbox"/> Primary Health Profile
<input type="checkbox"/> HbA1c E	HAEMATATOLOGY	MICROBIOLOGY	<input type="checkbox"/> Prostate Profile
<input type="checkbox"/> Iron S	<input type="checkbox"/> APTT C	<input type="checkbox"/> Ear Swab C / S SW	<input type="checkbox"/> Recurrent Abortion Profile
<input type="checkbox"/> LD (LDH) S	<input type="checkbox"/> Blood Group E	<input type="checkbox"/> Eye Swab C / S SW	<input type="checkbox"/> Thyroid Profile I
<input type="checkbox"/> Magnesium S	<input type="checkbox"/> CBC E	<input type="checkbox"/> Gram Stain SW	<input type="checkbox"/> Thyroid Profile II
<input type="checkbox"/> Phosphorous S	<input type="checkbox"/> Coomb's Test (Direct / Indirect) E/S	<input type="checkbox"/> HVS C / S SW	<input type="checkbox"/> TORCH Ig M Profile
<input type="checkbox"/> Potassium S	<input type="checkbox"/> D- Dimer C	<input type="checkbox"/> Nasal Swab C / S SW	<input type="checkbox"/> TORCH Ig M Profile
<input type="checkbox"/> Protein Electrophoresis S	<input type="checkbox"/> ESR E	<input type="checkbox"/> Semen C / S SE	<input type="checkbox"/> Triple Test Profile
<input type="checkbox"/> Protein Total S	<input type="checkbox"/> Fibrinogen C	<input type="checkbox"/> Throat Swab C / S SW	<input type="checkbox"/> Others:
<input type="checkbox"/> Sodium S	<input type="checkbox"/> G6PD E	<input type="checkbox"/> Urethral Discharge C / S SW	<input type="checkbox"/> PT - PTT ✓
<input type="checkbox"/> TIBC S	<input type="checkbox"/> Hb. Electrophoresis E	<input type="checkbox"/> Urine C / S U	
<input type="checkbox"/> Transferrin S	<input type="checkbox"/> Lupus Anticoagulants C	<input type="checkbox"/> Wet Film (HVS-Urine) SW	
<input type="checkbox"/> Triglyceride S	<input type="checkbox"/> Malaria Smear E	<input type="checkbox"/> Wound & Pus C / s SW	
<input type="checkbox"/> Troponin S	<input type="checkbox"/> Prepheral Blood Smear E	<input type="checkbox"/> ZN stain for AFB SW	
<input type="checkbox"/> Urea S	<input type="checkbox"/> PT & INR C	STOOL & URINE	
<input type="checkbox"/> Uric Acid S	<input type="checkbox"/> Reticulocytes E	<input type="checkbox"/> Occult Blood (Stool) ST	
<input type="checkbox"/> Vitamin B12 S	<input type="checkbox"/> Rh. Antibody S	<input type="checkbox"/> Rotavirus (Stool) ST	
<input type="checkbox"/> Vitamin D Total (D2+D3) S	<input type="checkbox"/> Sickie Cell E	<input type="checkbox"/> Stool Routine ST	
TUMOR MARKERS	SEROLOGY & VIROLOGY	<input type="checkbox"/> Urine Routine U	
<input type="checkbox"/> AFP S	<input type="checkbox"/> ASO S	SEMEN ANALYSIS	
<input type="checkbox"/> Ca 125 S	<input type="checkbox"/> Anti Sperm Antibodies Ss/S	<input type="checkbox"/> Semen CASA SE	
<input type="checkbox"/> CA 15-3 S	<input type="checkbox"/> Anti Transglutaminase IgA S	<input type="checkbox"/> Semen Fructose SE	
<input type="checkbox"/> CA 19-9 S	<input type="checkbox"/> Brucella (IgG / IgM) S	<input type="checkbox"/> Semen Routine SE	
<input type="checkbox"/> CEA S	<input type="checkbox"/> Chlamydia Abs. (IgM / IgG) S		
<input type="checkbox"/> PSA (Free / Total) S	<input type="checkbox"/> Chlamydia Ag U/SW		

SW - Swab S-Serum E - EDTA blood U - Urine C-Citrate Blood
EP - EDTA Plasma 24U - 24 hrs Urine NF - Sodium Floride Se - Semen St. - Stool / Faeces

Specimen Receiving Date: _____ Time: _____ AM PM

Flat 203, Union National Bank Bldg, Al Buhaira Cornish St., Al Majaz, P.O. Box 65238, Sharjah, U.A.E.
Tel. +971 6 551 9916, Fax: +971 6 551 9917, E-mail: info@dhmlab.com, Website: www.dhmlab.com

enoc **انوك**
EPPCO Lubes
Name : TALIA DABBAGH
EMP ID : 5730
Card No : A1F1-56E1-A559-A1F1
Date of Birth : 02-OCT-2008
Validity : 01-May-2019 To 30-Apr-2021
Category : B
CN IN+OUT D: 20%(MAX AED 20) CO: 10% DB
Prescribed Vitamins Covered



QIC
شركة قطر القابضة
QATAR INVESTMENT COMPANY Q.P.S.C.