



File No:

Date: 19/2/2020

Date: 19/2/2020

File Number: 1004071

Patient Name: Farah Mohamed Hassan Abdallah

اسم المريض: فتح محمد حسن

Date Of Birth: 13/7/98

Gender: M

Marital Status: F

الحالة الاجتماعية: (F)

Nationality: Cameroun

Occupation:

Address: Shoyak Sabkha

Phone No. (رقم الهاتف): 08/7383792

E-MAIL: kacaxay@hotmail.com

How did you know about us: Search

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



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 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 العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما تفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تقوي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية
- أتفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و ان جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدّمته لي قمتي الملف الصحية، و تفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان 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: ١٩/١٠/٢٠٢٤

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، أحوال 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
18/2/2020	Sever acne vulgaris	con		
	Plan: Roaccutan			
	Blood test			

د. وسام مروان الطباع
 Dr. Wesam Marwan A. Tabbaa
 اختصاصي الأمراض الجلدية
 Dermatology specialist
 MOH License No.: 566
 Orchid Medical Center
 مركز أوركي الطبية

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

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	Farah, Mohamad Hassan,, Abdallah	IDN:	784199869394918	Mother Name:	
Name (Ar)	فرح محمد حسن,, عبدالله	Card Number:	074718478	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	COM	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	جزر القمر		
Issue Date:	30/08/2015	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	17/08/2018	Date of Birth:	13/07/1998	Sponsor Name:	محمد حسن عبدالله محمد
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	34537324
Residency Type:	03	Residency Number:	30120123030516	Residency Expiry:	17/08/2018
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

2/19/2020

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	ALLERGY TESTING
<input type="checkbox"/> Albumin S	<input type="checkbox"/> 17-OH-Progesterone S	<input type="checkbox"/> CMV (IgM / IgG) S
<input type="checkbox"/> Aldosterone S	<input type="checkbox"/> ACTH S	<input type="checkbox"/> CRP S
<input type="checkbox"/> Alkaline Phosphatase S	<input type="checkbox"/> Anti-Tg Antibodies S	<input type="checkbox"/> EBV (IgG / IgM) S
<input type="checkbox"/> ALT (SGPT) S	<input type="checkbox"/> Beta HCG S	<input type="checkbox"/> H. pylori (Ag / Ab) S/ST
<input type="checkbox"/> Amylase (Total / Pancreatic) S	<input type="checkbox"/> Cotisol (AM / PM / R) S	<input type="checkbox"/> HAV (Total / IgM) S
<input type="checkbox"/> AST (SGOT) S	<input type="checkbox"/> DHEA-S S	<input type="checkbox"/> Hbc (IgM) S
<input type="checkbox"/> Bicarbonate (HCO3) S	<input type="checkbox"/> Estradiol (E2) S	<input type="checkbox"/> I HBe (Ag / Ab) S
<input type="checkbox"/> Bilirubin (Total / Direct / Indirect) S	<input type="checkbox"/> Estrinol (E3) S	<input type="checkbox"/> HBs Ag S
<input type="checkbox"/> BNP S	<input type="checkbox"/> FSH S	<input type="checkbox"/> HBs Ab S
<input type="checkbox"/> Calcium (Total / Ionized) S	<input type="checkbox"/> Growth Hormone S	<input type="checkbox"/> HIV Combi S
<input type="checkbox"/> Chloride S	<input type="checkbox"/> Insulin (Fasting / PP / 1hr / Random) S	<input type="checkbox"/> HSV I (IgG / IgM) S
<input type="checkbox"/> Cholesterol (HDL / LDL) S	<input type="checkbox"/> LH S	<input type="checkbox"/> HSV11 (IgG / IgM) S
<input type="checkbox"/> Cholesterol, Total S	<input type="checkbox"/> Parathyroid hormone (PTH) EP	<input type="checkbox"/> HCV Abs, S
<input type="checkbox"/> CK S	<input type="checkbox"/> Progesterone S	<input type="checkbox"/> Measles (IgG / IgM) S
<input type="checkbox"/> CK-MB S	<input type="checkbox"/> Prolactin S	<input type="checkbox"/> Monospot S
<input type="checkbox"/> Creatinine S	<input type="checkbox"/> SHBG S	<input type="checkbox"/> RF S
<input type="checkbox"/> Creatinine Clearance S+24U	<input type="checkbox"/> T3 (Free / Total) S	<input type="checkbox"/> Rubella (IgG / IgM) S
<input type="checkbox"/> Ferritin S	<input type="checkbox"/> T4 (Free / Total) S	<input type="checkbox"/> Toxoplasma (IgG / IgM) S
<input type="checkbox"/> Folate (Folic Acid) S	<input type="checkbox"/> TBG S	<input type="checkbox"/> TPHA S
<input type="checkbox"/> GGT S	<input type="checkbox"/> Testosterone (Free / Total) S	<input type="checkbox"/> Vericella Zoster (IgG / IgM) S
<input type="checkbox"/> Glucose (Fasting / Random / PP) NF	<input type="checkbox"/> Thyroglobulin (Tg) S	<input type="checkbox"/> VDRL S
<input type="checkbox"/> Glucose Tolerance Test NF	<input type="checkbox"/> TSH S	<input type="checkbox"/> Widal Test S
<input type="checkbox"/> HbA1c E	HAEMATATOLOGY	<input type="checkbox"/> Liver Function Test S
<input type="checkbox"/> Iron S	<input type="checkbox"/> APTT C	<input type="checkbox"/> Ear Swab C / S SW
<input type="checkbox"/> LD (LDH) S	<input type="checkbox"/> Blood Group E	<input type="checkbox"/> Eye Swab C / S SW
<input type="checkbox"/> Magnesium S	<input type="checkbox"/> CBC E	<input type="checkbox"/> Gram Stain
<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"/> Potassium S	<input type="checkbox"/> D-Dimer C	<input type="checkbox"/> Nasal Swab C / S SW
<input type="checkbox"/> Protein Electrophoresis S	<input type="checkbox"/> ESR E	<input type="checkbox"/> Recurrent Abortion Profile
<input type="checkbox"/> Protein Total S	<input type="checkbox"/> Fibrinogen C	<input type="checkbox"/> Semen C / S SE
<input type="checkbox"/> Sodium S	<input type="checkbox"/> G6PD E	<input type="checkbox"/> Stoot C / S ST
<input type="checkbox"/> TIBC S	<input type="checkbox"/> Hb. Electrophoresis E	<input type="checkbox"/> Throat Swab C / S SW
<input type="checkbox"/> Transferrin S	<input type="checkbox"/> Lupus Anticoagulants C	<input type="checkbox"/> Urethral Discharge C / S SW
<input type="checkbox"/> Triglyceride S	<input type="checkbox"/> Malaria Smear E	<input type="checkbox"/> Urine C / S U
<input type="checkbox"/> Troponin S	<input type="checkbox"/> Prepheral Blood Smear E	<input type="checkbox"/> Wet Film (HVS Urine)
<input type="checkbox"/> Urea S	<input type="checkbox"/> PT & INR C	<input type="checkbox"/> Wound & Pus C / s SW
<input type="checkbox"/> Uric Acid S	<input type="checkbox"/> Reticulocytes E	<input type="checkbox"/> ZN stain for AFB
<input type="checkbox"/> Vitamin B12 S	<input type="checkbox"/> Rh. Antibody S	<input type="checkbox"/> Others.....
<input type="checkbox"/> Vitamin D Total (D2+D3) S	<input type="checkbox"/> Sickle Cell E	<input type="checkbox"/> Occult Blood (Stool) ST
TUMOR MARKERS	SEROLOGY & VIROLOGY	<input type="checkbox"/> Rotavirus (Stool) ST
<input type="checkbox"/> AFP S	<input type="checkbox"/> ASO S	<input type="checkbox"/> Stool Routine ST
<input type="checkbox"/> Ca 125 S	<input type="checkbox"/> Anti Sperm Antibodies Se / S	<input type="checkbox"/> Urine Routine U
<input type="checkbox"/> CA 15-3 S	<input type="checkbox"/> Anti Transglutaminase IgA S	<input type="checkbox"/> Semen CASA SE
<input type="checkbox"/> CA 19-9 S	<input type="checkbox"/> Brucella (IgG / IgM) S	<input type="checkbox"/> Semen Fructose SE
<input type="checkbox"/> CEA S	<input type="checkbox"/> Chlamydia Abs. (IgM / IgG) S	<input type="checkbox"/> Semen Routine SE
<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 Corniche 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



مركز أوركيك الطبية
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007724)

Date:19-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004071 - farah mohamad - 971507383792

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 200.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 19-02-2020

Being 1 CONSULTATION + 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 : 1004071 - farah mohamad - 971507383792

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