



File No:

Date: 30/5/2020

Date: ... / ... /

File Number: 1004649

Patient Name: Howyda Al Mkhon

اسم المريض:

Date Of Birth: 27/3/1978 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: (الجنسية): Jar.dan

Occupation: (الوظيفة):

Address (العنوان): Sana'a

Phone No. (رقم الهاتف): 567970915

E-MAIL:

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		
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؟		
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا	عمليات قلبية في ديسك ريثم
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	كان عندى فقر دم
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؟	نعم	
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 من أي أمراض أخرى؟ HIV, HSV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	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 وأسبح للطبيب بملاح حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكره 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 نتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي. كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون محسوبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قضي للشف شفوية و أنهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحها 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 (انصبة الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (انصط الدم):	/	Blood Sugar (انسكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ائخال للمستشفى

Smoking (التسخين): Y / N

Alcohol (الكول): 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

.....

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	Howyda,Adeeb S.,Almdhon	IDN:	784197831071028	Mother Name:	
Name (Ar)	هويدا اديب سليم، المدحون	Card Number:	098818393	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	17/02/2020	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	15/02/2023	Date of Birth:	27/03/1978	Sponsor Name:	لياد محمد عبدالله عيسى
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	23864463
Residency Type:	03	Residency Number:	20120173527463	Residency Expiry:	15/02/2023
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

5/30/2020



CUSTOMER ID : BH001LP0000000401553

NAME : HOWYDA ADEEB S ALMDHON(41Y/F)

REF. BY : SELF

TEST ASKED : TG AA 1.3

SAMPLE COLLECTED AT :
ALBITESAMAH ALJAMILAH MEDICAL
CENTRE - JAMAL ABDUL NASSER ST.
AL MAJAZ, AL MAJAZ 2, 65 AL MAJAZ
BUILDING, M - FLOOR, SHARJAH. UAE

TEST NAME	VALUE	UNITS	REF. RANGE	Technology
COMPLETE HEMOGRAM				
TOTAL LEUCOCYTES COUNT	5.14	X 10 ³ / µL	4.0-10.0	HEMATOLOGY
NEUTROPHILS	61.6	%	40-80	HEMATOLOGY
LYMPHOCYTE PERCENTAGE	22.2	%	20.0-40.0	HEMATOLOGY
MONOCYTES	12.8	%	0.0-10.0	HEMATOLOGY
EOSINOPHILS	2.7	%	0.0-6.0	HEMATOLOGY
BASOPHILS	0.4	%	<2	HEMATOLOGY
IMMATURE GRANULOCYTE PERCENTAGE(IG%)	0.3	%	0.0-0.4	HEMATOLOGY
NEUTROPHILS - ABSOLUTE COUNT	3.17	X 10 ³ / µL	2.0-7.0	HEMATOLOGY
LYMPHOCYTES - ABSOLUTE COUNT	1.14	X 10 ³ / µL	1.0-3.0	HEMATOLOGY
MONOCYTES - ABSOLUTE COUNT	0.66	X 10 ³ / µL	0.2-1.0	HEMATOLOGY
BASOPHILS - ABSOLUTE COUNT	0.02	X 10 ³ / µL	0.02-0.10	HEMATOLOGY
EOSINOPHILS - ABSOLUTE COUNT	0.14	X 10 ³ / µL	0.02-0.5	HEMATOLOGY
IMMATURE GRANULOCYTES(IG)	0.02	X 10 ³ / µL	0.0-0.3	HEMATOLOGY
TOTAL RBC	4.7	millions/cu. mm	3.9-4.8	HEMATOLOGY
NUCLEATED RED BLOOD CELLS	Nil	X 10 ³ / µL	<0.01	HEMATOLOGY
NUCLEATED RED BLOOD CELLS %	Nil	%	<0.01	HEMATOLOGY
HEMOGLOBIN	11.6	g/dl	12.0-15.0	HEMATOLOGY
HEMATOCRIT(PCV)	37.6	%	36.0-46.0	HEMATOLOGY
MEAN CORPUSCULAR VOLUME(MCV)	80	fl	83.0-101.0	HEMATOLOGY
MEAN CORPUSCULAR HEMOGLOBIN(MCH)	24.7	pg	27.0-32.0	HEMATOLOGY
MEAN CORP. HEMO. CONC(MCHC)	30.9	g/dl	31.5-34.5	HEMATOLOGY
RED CELL DISTRIBUTION WIDTH - SD(RDW-SD)	43.8	fl	39.0-46.0	HEMATOLOGY
RED CELL DISTRIBUTION WIDTH (RDW-CV)	15.1	%	11.6-14.0	HEMATOLOGY
PLATELET DISTRIBUTION WIDTH(PDW)	19.4	fl	9.6-15.2	HEMATOLOGY
MEAN PLATELET VOLUME(MPV)	13.5	fl	6.5-12	HEMATOLOGY
PLATELET COUNT	195	X 10 ³ / µL	150-400	HEMATOLOGY
PLATELET TO LARGE CELL RATIO(PLCR)	50.4	%	19.7-42.4	HEMATOLOGY
PLATELETCRIT(PCT)	0.26	%	0.19-0.39	HEMATOLOGY
DIABETES				
HbA1c	5.3	%	< 5.7	H.P.L.C
AVERAGE BLOOD GLUCOSE (ABG)	105	mg/dl	90-120	CALCULATED
HORMONE				
TESTOSTERONE	19.57	ng/dl	12.09 - 59.46	C.L.I.A
IRON DEFICIENCY				
TOTAL IRON BINDING CAPACITY (TIBC)	385	µg/dl	Male: 225 - 535 Female: 215 - 535	PHOTOMETRY
IRON	42	µg/dl	50 - 212	PHOTOMETRY
% TRANSFERRIN SATURATION	11	%	13 - 45	CALCULATED