



File No:

Date: 24/6/2020

Date: 24/6/2020

File Number: 1004901

Patient Name: Rabih Rahmeh
Date Of Birth: 17/07/2003 Gender: M F
Nationality: Egyptian Occupation: Beach worker
Address: Sh. Al-Jah
E-MAIL: Sha.zakilo@gmail.com
How did you know about us: The pharmacist (Orchid)

التاريخ الطبي Medical History		
البيانات 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؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	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 شغف 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 الدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر 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 تعاني 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 السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا السسيط...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 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 تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمور مختلفة عن ما ذكر في القمص 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 أي ضمانات أو تأمين لتتابع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي. كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة الفحوصات و الإجراءات الجراحية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات 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 لى فحسي الملف صحيبه. و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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: 20/06/2020

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs				
الوزن (الكلغ): Weight (kg):	Kg	الطول (السم): Height (cm):	cm	نوعية الدم (Blood Type):
النبض (النبضات): Pulse (bpm):	ppm	ضغط الدم (السم/السم): Blood Pressure (mmHg):	/	سكر الدم (Blood Sugar):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History		
الحساسيات: Allergies		
الأدوية: Medications		
الحمل: Pregnancy		
عمليات سابقة، جراحات، دخول للمستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization		
التدخين: Smoking (Y / N)	تعاطي الكحول: Alcohol (Y / N)	تعاطي العقاقير: Drugs (Y / N)

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Name : Rahim Rahmeh
Sex : Male
Date Of Birth : 35 Y
Referred by : Orchid Medical Center
Receiving Date : 24/06/2020
Insurance Company :
Indication :

Clinic File No. :
Lab File No. : 2006-13015
Lab. Case No. : DAH1039345
Clinic Name : Orchid Medical Center
Reporting Date : 24/06/2020
Insurance No. :

BIOCHEMISTRY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Alanine Aminotransferase (ALT / SGPT)	13.4	U/L	<45	IFCC
Aspartate Aminotransferase (AST/ SGOT)	14.7	U/L	<35	BIOCHEMICAL

Sample Type : SERUM

End of Report

The laboratory is ISO 15189:2012 accredited by EGAC under number 515002. The scope of accreditation is published on www.egac.gov.eg.
EGAC is ILAC-MRA signatory.

* 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 : **Kim Rosales**
Medical Technologist
License No : T58310
Printed by: Rhea



Page 1 of 2
Final Report



Verified by : **Dr. Nahla Aly**
Clinical Pathologist
License No : D59642
Printed on: 24/06/2020 19:06

Flat 203, Union National Bank Bldg, Al Buhaira Corniche St., Al Mejaz, P.O. Box 65238, Sharjah, U.A.E
Tel: +971 6 551 9916, Fax: +971 6 551 9917, E-mail: infodhmi@gmail.com, Website: www.dhmiab.com



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 470.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009639)

Date:24-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004901 - rahm rahme - 971566790563

The sum of Dhs. Four Hundred Seventy Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 470.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Cheque No. Date: 24-06-2020

Being 1 con + 1test tsh + 1test tsl + 1test cholesterol

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 : 1004901 - rahm rahme - 971566790563

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

Name : Rahim Rahmeh
Sex : Male
Date Of Birth : 35 Y
Referred by : Orchid Medical Center
Receiving Date : 24/06/2020
Insurance Company :
Indication :

Clinic File No. :
Lab File No. : 2006-13015
Lab. Case No. : DAH1039345
Clinic Name : Orchid Medical Center
Reporting Date : 24/06/2020
Insurance No. :

BIOCHEMISTRY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
LIPID PROFILE I				
Cholesterol	124	mg/dl	Desirable: <200 Borderline: 200-240 High level: >240	BIOCHEMICAL
Triglyceride	86.5	mg/dl	Desirable: <150 Borderline: 150-160 High level: >160	BIOCHEMICAL
Cholesterol HDL	43.7	mg/dl	35 - 79.5	BIOCHEMICAL
Cholesterol LDL	63.00	mg/dl	Optimal: <100 Borderline high: 100-159 High: 160-189	BIOCHEMICAL
Cholesterol/HDL ratio	2.84		<4.5	BIOCHEMICAL
VLDL CHOLESTEROL	17.30	mg/dl	7 - 40	CALCULATED

Sample Type : SERUM

End of Report

The laboratory is ISO 15189:2012 accredited by EGAC under number 515002. The scope of accreditation is published on www.egac.gov.eg.
EGAC is ILAC-MRA signatory.

* 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 : Kim Rosales
Medical Technologist
License No : T58310
Printed by: Rhea



Page 2 of 2
Final Report


Verified by : Dr. Nahla Aly
Clinical Pathologist
License No : D59642
Printed on: 24/06/2020 18:06

Fiat 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: infodhmi@gmail.com, Website: www.dhmlab.com

Patient Details

Patient Name	Ram Fadi Rahmeh
DOB	17-07-2003
Patient Id	784200362837278 N013774062 Syrian Arab Republic
Gender	Male

Prescription Details

Facility	ORCHID MEDICAL CENTRE(7243)
Prescription Issue Date	01-Jul-2020 15:16:56
Prescription Expiry Date	04-Jul-2020 15:16:56
Clinician Name	Wesam Altabbaa(DHA-P-0104696)
Clinician Qualification	Dermatology
Prescription No	14795583
Status	Active

Diagnosis Details

- Primary**
- Acne vulgaris L70.0

Prescribed Medication

- E74-4637-03186-01 Isotretinoin (Roaccutane ® 10mg) 10mg Capsule 30's (10's Blister x 3)
Qty: 60 Capsule, Duration: 60 days, Strength: 10 mg, Refill: 0
Clinician Comment: after food
Dosage Advice: Take 1 Capsule Once a day