



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إنسانة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

File No:

Date: / /

Date: ... / ... /

File Number: 10245016

Patient Name:

اسم المريض:

Date Of Birth: 15/06/1986

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

M / F

Nationality: (الجنسية):

.....

Address: A.J.H.A.N. A.L. B.K.A.H.A.M.E.

Phone No. (رقم الهاتف): 052.2.49.22.0.0.0

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 انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	NO	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سكرويدات أو مثبطات للمناعة؟	NO	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes	
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) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	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 الأمراض 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، 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 فيروس الأيدز، فيروس الحلا البسيط 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 بملاحقائي 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 الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم 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 تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قمتي للطف صحية. و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً لا 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 (دمية الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دمية 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 ، ائال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكول): Y / N

Drugs (تعاظم): 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

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	Latifa,,,Brir	IDN:	784198638398291	Mother Name:	
Name (Ar)	لطيفة,,,برير	Card Number:	093495010	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	07/03/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	05/03/2021	Date of Birth:	15/06/1986	Sponsor Name:	روية الخدمات الخيرية
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120192115742	Residency Expiry:	05/03/2021
ID Type:	IL	Occupation:	5220	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

04/07/2020



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009904)

Date:04-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1005016 - LATIFA BRIR - 971524922000

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: 04-07-2020

Being 1 CON + 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 : 1005016 - LATIFA BRIR - 971524922000

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 430.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-009978)

Date: 08-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1005016 - LATIFA BRIR - 971524922000

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 430.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 08-07-2020

Being iron (60) + cbc(100) + feratin (170) + vit d(100)

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 : 1005016 - LATIFA BRIR - 971524922000

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

Name : Latifa Birir
Sex : Female
Date Of Birth : 33 Y
Referred by : Orchid Medical Center
Receiving Date : 08/07/2020
Insurance Company :
Indication :

Clinic File No. : 1005016
Lab File No. : 2007-14151
Lab. Case No. : DAH1043393
Clinic Name : Orchid Medical Center
Reporting Date : 09/07/2020
Insurance No. :

BIOCHEMISTRY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Iron	38.7	L ug/dl	50 - 170	BIOCHEMICAL
Ferritin	9.3	L ng/ml	11 - 306.8	CMIA
VITAMIN D, 25-OH (TOTAL)	15.8	L ng/ml	Sufficiency : 30 - 100 Insufficiency : 20 - < 30 Deficiency : < 20 Toxicity : > 100	ICMA

Interpretation Notes :

25 - OH Vitamin D is the metabolite that should be measured in blood to determine the overall Vitamin D status because it is the major storage form of Vitamin D in the human body. 25 - OH Vitamin D increases in Vitamin D intoxication. 25 - OH Vitamin D decreases in Rickets, Osteomalacia, Secondary osteoporosis, hyperparathyroidism, Malabsorption of Vitamin D (e. g., severe liver disease, cholestasis) & diseases that increase Vitamin D metabolism (e. g., tuberculosis, sarcoidosis, primary hyperparathyroidism)

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

Ahmed

Analysed by : **Ahmed Makiad**
Medical Technologist
License No : T56154
Printed by: Er-Fe Heart Bellingit



Page 1 of 2
Final Report

Nahla

Verified by : **Dr. Nahla Aly**
Clinical Pathologist
License No : D59642
Printed on: 09/07/2020 01:56

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: infodhml@gmail.com, Website: www.dhmlab.com

Name : Latifa Brir
Sex : Female
Date Of Birth : 33 Y
Referred by : Orchid Medical Center
Receiving Date : 08/07/2020
Insurance Company :
Indication :

Clinic File No. : 1005016
Lab File No. : 2007-14151
Lab. Case No. : DAH1043393
Clinic Name : Orchid Medical Center
Reporting Date : 09/07/2020
Insurance No. :

HAEMATATOLOGY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Complete Blood Count (CBC)				
HAEMOGLOBIN	17.64	H gms/dl	11.5 - 15	AUTOMATED CELL COUNTER
HEMATOCRIT-PCV	56.7	H %	35 - 47	AUTOMATED
RED BLOOD COUNT - RBC	6.92	H 10 ¹² /L	3.9 - 5.4	ELECTRICAL IMPEDENCE
MCV	81.9	fL	75 - 95	RBC HISTOGRAMS
MCH	25.5	L pg	27 - 31	CALCULATED
MCHC	31.1	L gm/dl	32 - 36	CALCULATED
RDW CV	21.6	H %	<14	AUTOMATED CALCULATED
PLATELET COUNT	217	10 ⁹ /L	150 - 450	ELECTRICAL IMPEDENCE
TOTAL LEUCOCYTE COUNT / WBC	5.66	10 ⁹ /L	3.5 - 10	AUTOMATED CELL COUNTER
DIFFERENTIAL COUNT (DC)				FLOWCYTOMETRY BY LASER
NEUTROPHILS	66	%	40 - 75	
LYMPHOCYTES	28	%	20 - 45	
MONOCYTES	5	%	2 - 10	
EOSINOPHILS	1	%	0 - 5	
BASOPHILS	0	%	0 - 1	

Sample Type : WHOLE BLOOD

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

Ahmed

Analysed by : **Ahmed Maklad**
Medical Technologist
License No : T56154
Printed by: El-Fe Heart Beatingit



Page 2 of 2
Final Report

Nahla

Verified by : **Dr. Nahla Aly**
Clinical Pathologist
License No : D59642
Printed on: 09/07/2020 01:56

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: infodhm@gmail.com, Website: www.dhmlab.com