



20 mg
1 once
aday

File No:

Date: / /

Date: ... / ... /

File Number:

1005359

Patient Name: Abdel Rahman عبد الرحمن قريش اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 02/08/1993 Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): أعزب

Nationality (الجنسية): Palestine Occupation (الوظيفة): Engineer

Address (العنوان): Sharjah - Klu Phone No. (رقم الهاتف): 0529221919

E-MAIL: abd.godsia1993@gmail.com How did you know about us:

| Medical History التاريخ الطبي | | |
|--|-----------------|--|
| Medical Condition الحالة الطبية | 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 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 مبيعات للدم؟ | No | |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (فقر الدم) | No | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، 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 انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | — | |
| 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 هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الأيدز، فيروس الحلا البسيط | No | |



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة ... ابتسامة ... جمال
Health ... Smile ... Beauty

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):

05 08 2020
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 الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الافضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف 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 اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم 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 الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم 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 قدمته لدي فتحي للملف صحيحة. و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستنقى 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

| | | | | |
|-----------------|-----|----------------------------|----|--------------------------|
| Weight (الوزن): | Kg | Height (الطول): | cm | Blood Type (نميلة الدم): |
| Pulse (النبض): | ppm | Blood Pressure (ضغط الدم): | / | Blood Sugar (سكر الدم): |

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

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

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص



PATIENT NAME:

FILE NO#:

| DATE | TREATMENT | PAYMENT | BALANCE | SIGNATURE |
|-----------|---|---------|---------|-----------|
| 18/2/2020 | - Pityriasis - Acne - Niflurcan 150 mg - Ketoconazole shampoo - Careath | | | |
| | Roaccutane - OMEGA 3 - NICOTINAMID | | | |
| | Next 2 week for planus | | | |
| 29/2/2020 | faller up BEZAC 25 ONP, IMP | | | |

د. بشار علي ديب
Dr. Bashar Aliidib
أخصائي - أمراض جلدية
Specialist - Dermatology
ترخيص رقم: D59826
MOH License No.:
Orchid Medical Centre
مركز أوركييد الطبي

د. بشار علي ديب
Dr. Bashar Aliidib
أخصائي - أمراض جلدية
Specialist - Dermatology
ترخيص رقم: D59826
MOH License No.:
Orchid Medical Centre
مركز أوركييد الطبي

د. بشار علي ديب
Dr. Bashar
أخصائي - أمراض جلدية
Specialist
License No.



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-010609)

Date:05-08-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1005359 - abdelrahman 00. - 971529201919**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: **05-08-2020**Being **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 : **1005359 - abdelrahman 00. - 971529201919**

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

www.omcl.ae

Name : Abdelrahman
Sex : Male
Date Of Birth : 34 Y
Referred by : Orchid Medical Center
Receiving Date : 08/08/2020
Insurance Company :
Indication :

Clinic File No. :
Lab File No. : 2008-16126
Lab. Case No. : DAH1054541
Clinic Name : Orchid Medical Center
Reporting Date : 10/08/2020
Insurance No. :

BIOCHEMISTRY

| Test | Result | Unit | Reference Range | Methodology |
|--|--------|-------|-----------------|-------------|
| Alanine Aminotransferase (ALT / SGPT) | 21.9 | U/L | <45 | IFCC |
| Aspartate Aminotransferase (AST/ SGOT) | 18.0 | U/L | <35 | BIOCHEMICAL |
| Creatinine | 1.0 | mg/dl | 0.1 - 1.3 | BIOCHEMICAL |
| Sample Type : SERUM | | | | |
| Glucose- Fasting | 74.7 | mg/dl | 74 - 110 | BIOCHEMICAL |

Sample Type : Fluoride Plasma

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 : T58154

Printed by: Kim Rosales



Page 1 of 3

Final Report

Nahla

Verified by :Dr. Nahla Aly

Clinical Pathologist

License No : D59642

Printed on: 12/08/2020 19:30

Name : Abdelrahman
Sex : Male
Date Of Birth : 34 Y
Referred by : Orchid Medical Center
Receiving Date : 08/08/2020
Insurance Company :
Indication :

Clinic File No. :
Lab File No. : 2008-16126
Lab. Case No. : DAH1054541
Clinic Name : Orchid Medical Center
Reporting Date : 10/08/2020
Insurance No. :

BIOCHEMISTRY

| Test | Result | Unit | Reference Range | Methodology |
|------------------------|--------|---------|---|-------------|
| LIPID PROFILE I | | | | |
| Cholesterol | 219 | H mg/dl | Desirable:<200 Borderline:200-240 High level:>240 | BIOCHEMICAL |
| Triglyceride | 68.2 | mg/dl | Desirable:<150 Borderline:150-160 High level:>160 | BIOCHEMICAL |
| Cholesterol HDL | 76.1 | mg/dl | 35 - 79.5 | BIOCHEMICAL |
| Cholesterol LDL | 129.26 | H mg/dl | Optimal:<100 Borderline high:100-159 High:160-189 | BIOCHEMICAL |
| Cholesterol/HDL ratio | 2.88 | | <4.5 | BIOCHEMICAL |
| VLDL CHOLESTEROL | 13.64 | 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.ae. 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 : T58154

Printed by: Kim Rosales



Page 2 of 3

Final Report

Nahla

Verified by :Dr. Nahla Aly

Clinical Pathologist

License No : D59642

Printed on: 12/08/2020 19:30

Name : Abdelrahman
Sex : Male
Date Of Birth : 34 Y
Referred by : Orchid Medical Center
Receiving Date : 08/08/2020
Insurance Company :
Indication :

Clinic File No. :
Lab File No. : 2008-16126
Lab. Case No. : DAH1054541
Clinic Name : Orchid Medical Center
Reporting Date : 10/08/2020
Insurance No. :

HAEMATOLOGY

| Test | Result | Unit | Reference Range | Methodology |
|-----------------------------------|--------|---------------------|-----------------|------------------------|
| Complete Blood Count (CBC) | | | | |
| HAEMOGLOBIN | 13.77 | gms/dl | 12 - 17 | AUTOMATED CELL COUNTER |
| HEMATOCRIT-PCV | 42.1 | % | 40 - 52 | AUTOMATED |
| RED BLOOD COUNT - RBC | 5.19 | 10 ¹² /L | 4.3 - 5.9 | ELECTRICAL IMPEDENCE |
| MCV | 81.1 | fL | 76 - 94 | RBC HISTOGRAMS |
| MCH | 26.5 | L pg | 27 - 31 | CALCULATED |
| MCHC | 32.6 | gm/dl | 32 - 36 | CALCULATED |
| RDW CV | 14.5 | % | < 15 | AUTOMATED CALCULATED |
| PLATELET COUNT | 213 | 10 ⁹ /L | 150 - 450 | ELECTRICAL IMPEDENCE |
| TOTAL LEUCOCYTE COUNT / WBC | 5.74 | 10 ⁹ /L | 3.5 - 10 | AUTOMATED CELL COUNTER |
| DIFFERENTIAL COUNT (DC) | | | | |
| NEUTROPHILS | 40 | % | 40 - 75 | FLOWCYTOMETRY BY LASER |
| LYMPHOCYTES | 49 | H % | 20 - 45 | |
| MONOCYTES | 9 | % | 2 - 10 | |
| EOSINOPHILS | 2 | % | 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 : Kim Rosales



Page 3 of 3

Final Report

Nahla

Verified by : Dr. Nahla Aly

Clinical Pathologist

License No : D59642

Printed on: 12/08/2020 19:30

Patient Details

| | |
|--------------|--|
| Patient Name | ABDULRAHMAN AHMAD KUDSYA |
| DOB | 02-08-1993 |
| Patient Id | 784199331753824 P000361514 United Arab Emirates |
| Gender | Male |

Prescription Details

| | |
|--------------------------|-------------------------------|
| Facility | ORCHID MEDICAL CENTRE(7243) |
| Prescription Issue Date | 17-Aug-2020 14:46:50 |
| Prescription Expiry Date | 20-Aug-2020 14:46:50 |
| Clinician Name | Wesam Altabbaa(DHA-P-0104696) |
| Clinician Qualification | Dermatology |
| Prescription No | 16410249 |
| Status | Active |

Diagnosis Details

| |
|---|
| Primary |
| <ul style="list-style-type: none"> Acne vulgaris L70.0 |

Prescribed Medication

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> E74-4637-03188-01 Isotretinoin (Roaccutane ® 20mg) 20mg Capsule 30's (10's Blister x 3) Qty: 30 Capsule, Duration: 30 days, Strength: 20 mg, Refill: 0 Clinician Comment: after food Dosage Advice: Take 1 Capsule Once a day |
|--|