

File No#: 1000023

Date: 07/10/2017

اسم المريض:

Patient Name: Rawan AHMED AL-SAKAL

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 10/07/2002

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Sudan

Occupation (الوظيفة): Student

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Phone No. (رقم الهاتف): 0564470149

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us?

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No نعم / لا	
	Corticosteroids/immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No نعم / لا	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعطي من أي أمراض؟	Yes/No نعم / لا	
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No نعم / لا	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	Yes/No نعم / لا	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، Anemia (نقر الدم)، Leukemia	Yes/No نعم / لا	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم / لا	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	
	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي دواء للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No نعم / لا	
GI	Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم / لا	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم / لا	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	
Other	Other conditions؟ أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc	Yes/No نعم / لا	



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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 such procedure, which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as to a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risk and hazards to the performance of the diagnostic and /or surgical procedure. I realize that common surgical or diagnostic procedure are potential for an infection, swelling, bleeding and allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full after the completion of each treatment.

I understand that any information that I provide regarding my medical status will be kept completely confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that form has been fully explained to me and that I have read it understand its contents.

Patient Signature/ Guardian (In case of minors):

Date:

Dentist Signature:

نموذج إقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التخصصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفرض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و الطبية.

أتفهم انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لتتأخر العلاج كما أتفهم ان هنالك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و تفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و تفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

إن أي معلومات أقمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني املاك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMl

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	Rawan,Ahmed,Waleed,Al Skal	IDN:	784200252939267	Mother Name:	
Name (Ar)	روان احمد وليد الصقل	Card Number:	081641727	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SWE	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	السويدية		
Issue Date:	12/01/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	10/01/2019	Date of Birth:	10/07/2002	Sponsor Name:	مهناد حسن جسام
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	10699644
Residency Type:	03	Residency Number:	30120153000678	Residency Expiry:	10/01/2019
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

No signature / بدون امضاء

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

6/10/2018

لاستعمال الطبيب فقط For Doctor's Use Only

File No#: 1000023 Date: 7/10/2017

Patient Name: Rawan Ahmed AlSkal اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 10/7/2002 Gender (الجنس): M / F

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Marital Status: Unmarried

Chief Complaint: Ordinary check up.

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

Habits: Smoking: Y/N _____ Alcohol: Y/N _____ Drugs: Y/N _____

Remarks: Nothing Abnormal

Clinical Findings: _____

File No#: 1000023 Date: 19/06/18
Patient Name: LAWAN AHMED AL SKAU اسم المريض:
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 10/04/2001 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): SAUDI Marital Status (الحالة الاجتماعية):
Phone No. (رقم الهاتف): 011 4410149
E. MAIL: _____
How Did You Know About Us? _____

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟
1 - دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار
2- دائمة الاحتراق , عديدة الاسمرار
3 - قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
4- نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
5- بشرة داكنة السمرة

- 2- هل تظهره لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ ___ نعم ___ لا
3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بنور الحصى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ ___ نعم ___ لا
4- هل تناولت عقار "الأكويتان / الأيسوترتينين" خلال الست أشهر الماضية؟ ___ نعم ___ لا
5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروركوينون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟ ___ نعم ___ لا.
6- هل قمت بتنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطه العلاج خلال الست أسابيع الماضية؟ ___ نعم ___ لا.
7- متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس المباشرة لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟

8- هل استخدم / مين اي مستحضرات تسمير البشرة؟ ___ نعم ___ لا, ومتى كان آخر استخدام لها؟ _____

9- هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ ___ نعم ___ لا.

10- هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ ___ نعم ___ لا.

11- ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟ _____

12- هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ ___ نعم ___ لا.

للنساء:

13- هل انت حامل؟ ___ نعم ___ لا.

14- هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ ___ نعم ___ 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 such procedure, which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as to a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risk and hazards to the performance of the diagnostic and /or surgical procedure. I realize that common surgical or diagnostic procedure are potential for an infection, swelling, bleeding and allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full after the completion of each treatment.

I understand that any information that I provide regarding my medical status will be kept completely confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that form has been fully explained to me and that I have read it understand its contents.

Patient Signature/ Guardian (In case of minors):

Date:

Dentist Signature:

نموذج إقرار طبي

أوافق و اسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفرض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

أتفهم أنه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

إن أي معلومات أقدّمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتلاك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الاقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الاقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQyMI

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Rawan,Ahmed,Waleed,Al Skal	IDN:	784200252939267	Mother Name:	
Name (Ar)	روان احمد وليد الصقال	Card Number:	081641727	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SWE	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	السويدي		
Issue Date:	12/01/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	10/01/2019	Date of Birth:	10/07/2002	Sponsor Name:	سهاد حسن جسام
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	10699644
Residency Type:	03	Residency Number:	30120153000678	Residency Expiry:	10/01/2019
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

No signature / بدون امضاء

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

6/10/2018

To whom it may concern

Patient Rawan Ahmed Al skal came to Orchid Medical Center suffering from severe interrupted pain on her upper left quadrant. And upon examination we found that she is suffering from reversible pulpitis in tooth #26. Which was treated by IPC & composite filling.

On October 22, 2018 patient came suffering from severe post-operative pain that prevented her from sleeping which might indicate irreversible pulpitis & requires treatment & follow up.

And we issue this certificate upon her request without any responsibility of the physician nor management of Orchid Medical Center.

Best regards


المدير الطبي
MEDICAL DIRECTOR

Piercing Consent Form

7522-011

Stainless
Tiff 4mm
Cubic Zirconia

SYSTEM 7
EAR PIERCING EARF

B5MEDS204YTN

18G Champagne Titanium
1mm Post Nose 2mm
Apr Crystal

medisept

STERILIZED

Clasps are stainless, gold
ECFDA Compliant

Sterile: Lot Number 3

1516291418 APR

LOG ANGELES, CA 90408-1514

0146675164100115

Clinic Name: _____

Clinic Address: _____

City: _____

Customers Name: _____

Date of Birth: / / If under 24 months old, h

Customer Address: _____

Mobile: _____ E-mail: _____

Sterilization Lot Number 1516291418 Product Code: 7522010023

3216 MEDS204YTN

I hereby authorized to have my / my child / my grandchild _____ to be pierced, I have read and understand the following information which is very important in limiting or reducing post piercing problems during aftercare. By my signature below, I declare the following:

- I / He / She is not under the care of Medical Doctor/s for any medical condition or otherwise prohibiting from piercing procedure.
- I / He / She do not suffer from Diabetes, Epilepsy, Hepatitis, HIV / AIDS, Hemophilia, Dizziness or any heart condition, further not under the influence or regular prescribe medications such as blood thinning medication.
- I am not under the influence of drugs or alcohol. I am not pregnant.
- I have been informed about the piercing procedure and given a copy of piercing after care instructions, which I have read and understand. I understand that after piercing care procedure varies depending on whether the piercing is of the ear lobe / ear cartilage / nose or belly / navel. I have noted the differences.
- I understand that the possibility of infection may exist due to improper hygiene, metal sensitivity or other causes, however the most common is due to a failure to carefully follow to recommend After Care Procedure.
- I understand and accept that ear piercing in the ear cartilage may carry a greater possible risk of redness, swelling and infection due to the nature of piercing the area of the ear and I knowingly accept this risk.
- I understand that due to the nature of the piercing, exposure of newly pierced area to certain environments such as swimming and participation in athletic events (exercising) may increase the likelihood of infection.
- I will follow Piercing after Care Procedure.
- In case of belly/naval piercing, I am aware that my skin/ body may reject the foreign metal causing for piercing to close.
- I am over the age of _____ or consent on behalf of a minor, under the age of consent, that I am the parent or legal guardian of such minor understand that a minor signing as commits an act of fraud.

By signing this Piercing Consent Form, I hereby acknowledge that I understand the AFTERCARE procedure and the risk of infection. Knowing the risks, I consent to having my/ daughter / son _____ pierced by a medical professional of this clinic and as consideration for the clinic agreeing to pierce my/ ~~create~~ _____ and to the extent permissible by law I will fully assume all responsibility for injury or loss, of any kind, that may be associated with this piercing procedure. If signing as parent or legal guardian on behalf of a minor, I will hold myself liable and will indemnify the clinic and its staff/s, manufacturer, importers, distributor, promoters and will further understand that making a false statement constitutes an act of fraud.

Customer/ Parent/ Legal guardian Signature (if customer is under the legal age, this must be signed by the parent or legal guardian) _____ Date: _____

Medical Professional. _____ Date: _____



CLINIC COPY

Clinic file copy, keep safe for customer records, attached products sterilization reference here.



جهاز Q-Switch Laser أقر أنا Rawan بتقويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

ليزر الـ ■ التقشير الكريولي باستخدام لوشن الكريولي يقيمه التقشير بالليزر هو أحد الإستطبات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إحصار الجلد، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الحبوب، توسيع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح بـ 3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 أسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 أشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكريول، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكريول مما يستهدف الأصبغ الأكثر عمقا الشائمة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح بـ 3-6 أشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصغبية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الأظافر (الوضع A)

. بيز إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكوتان) خلال الـ 6 أشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

. الأمراض الجلدية والإتهابات و الأورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإيدز و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء (تكون الندوب الجلدية)

. البهاق.

أفهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوة لن تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضائي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى إنهاء حنطة العلاج. و انا أفهم ان النتائج قد تختلف بانظر الى استجابتي لليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج. وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

أفهم ان كما هناك منافع للأجراء المطلوب. أفهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/الانتقام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

أفهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتضمن التالي : احمرار مؤقت، تغيرات مشابهة لتغيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة ايام فقط. تغيرات صبغية (بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الأعراض المحتملة قد تتضمن حك، الم، كدمات، التهاب، ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج. و على ايضا ابقاء عياني مغلقا اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فمك ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامله وفوائده ومضاعفاته المحتملة. وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتني وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التوقيع:

التاريخ: