

File No#: 160076 Date: 16/12/17
اسم المريض: Rawen Nabil Al-Kayyal
Patient Name: Rawen Nabil Al-Kayyal
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 15/11/1999 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): Syrian Occupation (الوظيفة): _____
Marital Status (الحالة الاجتماعية): _____ Phone No. (رقم الهاتف): 096-3531666
Contact Person in Case of Emergency: _____

How Did You Know About Us?

من خلال صديقتي

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 ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم لا
- 3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو ثبور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم لا
- 4- هل تناولت عقار " الأكيوتان / ايسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا _____ بقدمي إلى مركز أوركيذ الطبي / المشاركة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها من الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر و تعطل قدرتها على إنماء الشعر.

أتفهم أن النتائج تختلف من شخص لآخر باختلاف تاريخهم الطبي ونوع بشرتهم ونوع الشعر و التزام المريض مع تعليمات ما قبل وبعد العلاج بالليزر و إختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وأنا على علم بالطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق , التفتخ , الكريمات, وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تلقيت التعليمات التالية :-

. لا يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات تسمير البشرة لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج لتفادي زيادة الأعراض الجانبية.

. يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع او التفتخ قبل العلاج ب6 أسابيع على الاقل.

. الوشوم/التاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

. يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك على العلاجات والحساسية ونوع البشرة.

. الأشخاص الذين تناولو عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو تناولو أي عقاقير تمنعهم من التعرض إلى أشعة الشمس لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

الأعراض الجانبية قد تتضمن احمرار البشرة بما يشبه الحروق. بعض الإنتفاخ والتشقق من الممكن حدوثه هذه الأعراض الجانبية ستلتشى خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ونادرا ما تدوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام واقيات الشمس.

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQXO

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,Nabil,,Alkayed	IDN:	784199947694693	Mother Name:	
Name (Ar)	روان نبال,,الكayed	Card Number:	080866192	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	SYR سوريا	Family ID:	
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	03
Issue Date:	14/11/2016	Date of Birth:	15/04/1999	Sponsor Name:	نبيل نبال القاعد
Expiry Date:	31/10/2018	Husband IDN:		Sponsor Number:	0179837509
Marital Status:	01	Residency Number:	20120163119836	Residency Expiry:	31/10/2018
Residency Type:	03	Occupation:	11	Occupation Field:	00
ID Type:	IL				



Photo

Signature Image

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

12/10/2017

Visible areas to be treated.

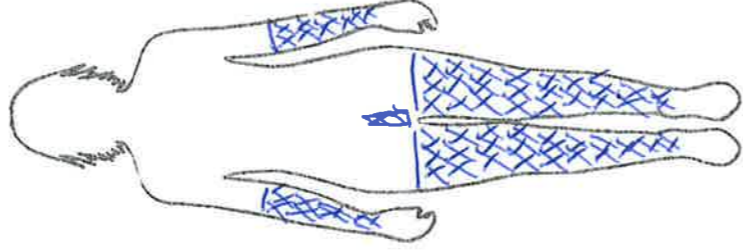
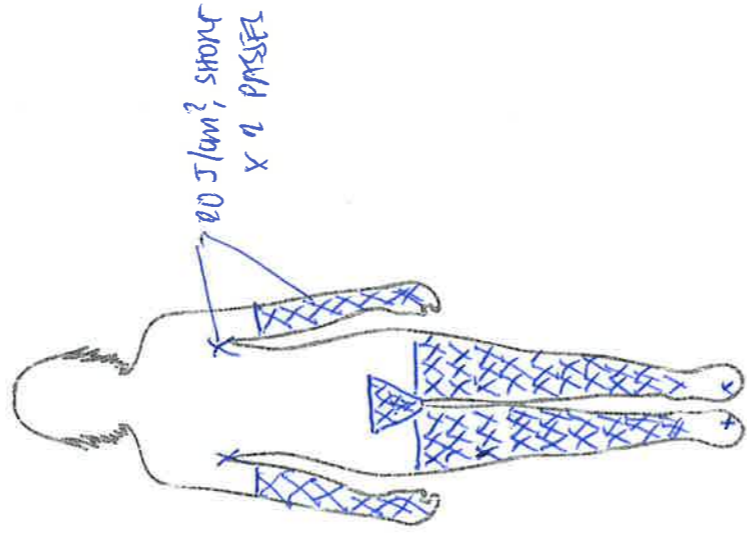
1000076

Other

19/4/18

START TIME: 1:50 PM

END TIME: 3:20 PM

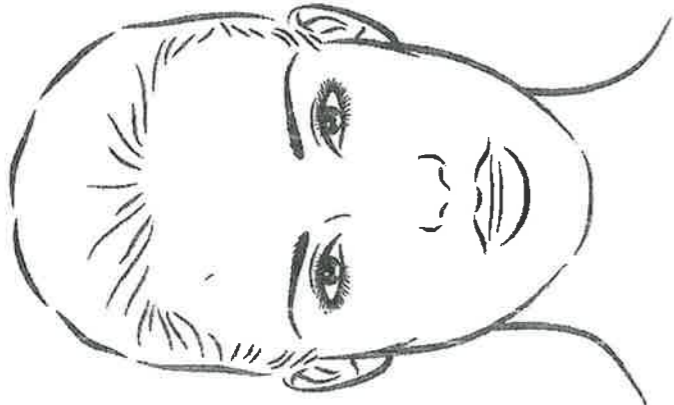


Circle areas to be treated:

Other _____

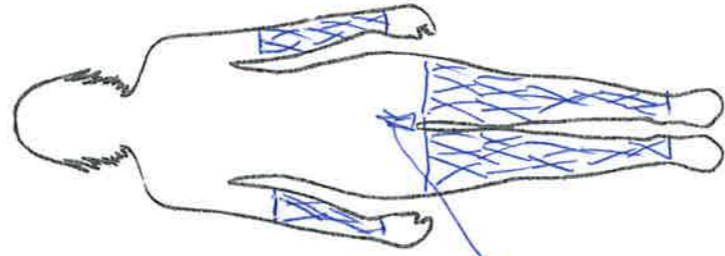
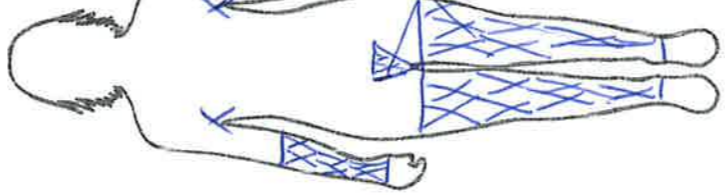
13/5/18

START TIME: 3:30 PM
END TIME: 5:25 PM



Front

Back



Circle areas to be treated:

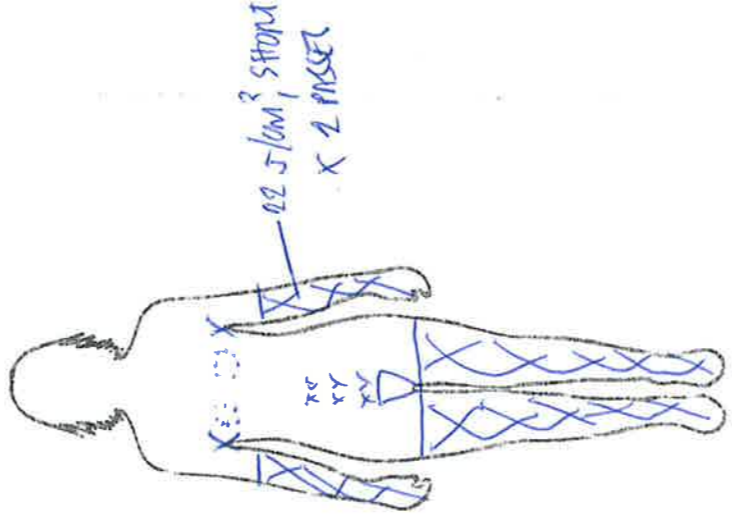
Other

2/6/18

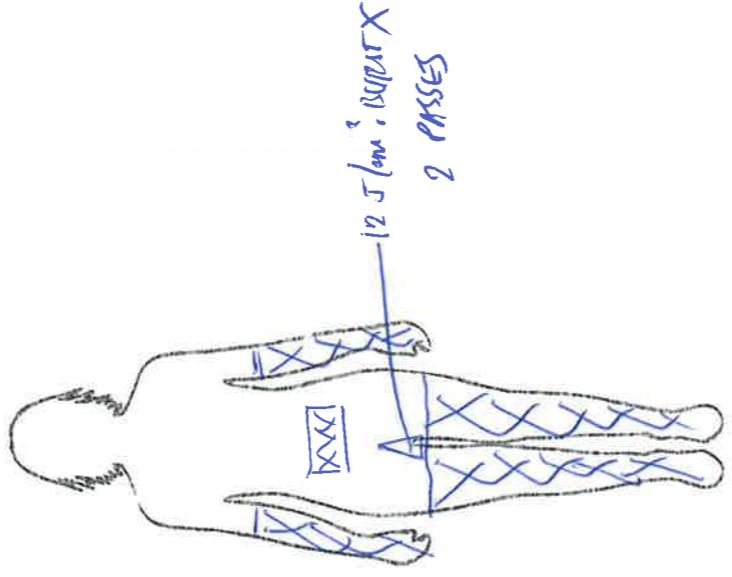
UPPER HALF ARMS, FULL LEGS,
FULL BIKINI, UNDERARM



Front



Back






مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 750.00	RECEIPT VOUCHER (No. REC-000640)	Date: 13-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000076 - Rawan Alkayed - 971563531666		
The sum of Dhs. Seven Hundred Fifty Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 750.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 13-05-2018
Being		
Made by <i>Ghada KC</i>		

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

Patient Name: KAMRAN NARSIL FILE NO# 1000074

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BARCODE SIGNATURE
10/12/17	CONSULTATION RE: LASER HAIR REMOVAL		 Dr. Goran Jovanovic Surgeon جراح التجميل Specialist - Plastic Surgeon ماستر اوركيڤ الطبي MOH License No.: V720 Orchid Medical Center
17/12/17	1 HR FULL LEGS, HALF ARMS, FULL BIKINI, UNIBROWLINE, NIPPLES, UNDER ARM		
	> CARBON PEEL ZONE	- 390	
17/1/18	> 1HR FULL LEGS (FULL BIKINI, UNDER ARM) Package Per 6 sessions. 2,800	3,700	
17/2/18	1 HR FULL LEGS, BIKINI, UNDER ARM (total 3,700 DHS)	1,800	
18/4/18	> PROFACIAL DONE + ADOVE VERA MASK	350	
19/4/18	> 1HR UNDERARM + FULL BIKINI + FULL LEGS + HALF ARMS @ 20J/cm ² , SPOT X 2 PASCES BIKINI - 12 J/cm ² , SPOT X 2 PASCES	900	
19/5/18	> 1HR UNDERARM, FULL BIKINI PACKAGE (300.00)		
21/6/18	HAIR ARMS + FULL LEGS (450.00)	300 (450.00)	
	> 1HR UNDERARM + FULL BIKINI	750	
	1HR HAIR ARMS + FULL LEGS	750	
31/7/18	> 1HR UNDERARM + HALF ARMS + FULL LEGS	750	
21.8.2018	PIZ P FULL HAIR 8 cc	950	
4/8/18	1HR BIKINI (FULL) 6J/cm ² , 6Hz, SPOT		
20/9/18	1HR BIKINI (FULL)		
24/9/18	1HR HAIR ARMS + FULL LEGS + UNDERARMS	950	
3.10.2018	8 HR PIZ P FULL HAIR	800	



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

787.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000791)

Date:21-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000076 - Rawan Alkayed - 971563531666

The sum of Dhs. Seven Hundred Eighty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 105.00 / By Credit Card 682.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 21-06-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001922)

Date:09-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000076 - Rawan Alkayed - 971563531666

The sum of Dhs. Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 997.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-12-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002277)

Date:10-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000076 - Rawan Alkayed - 971563531666

The sum of Dhs. Five Hundred Twenty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 525.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 10-01-2019

Being

Made by Ghada

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

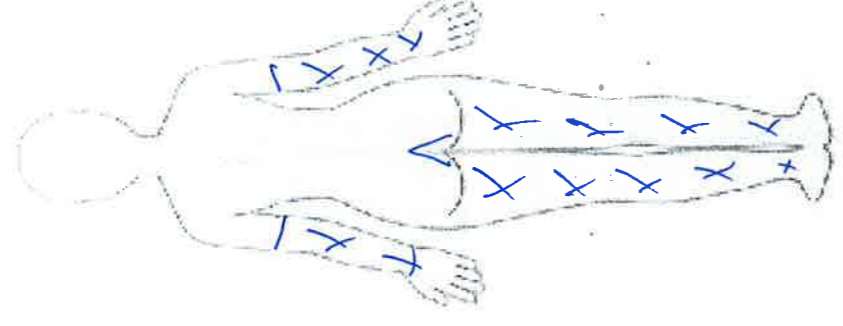
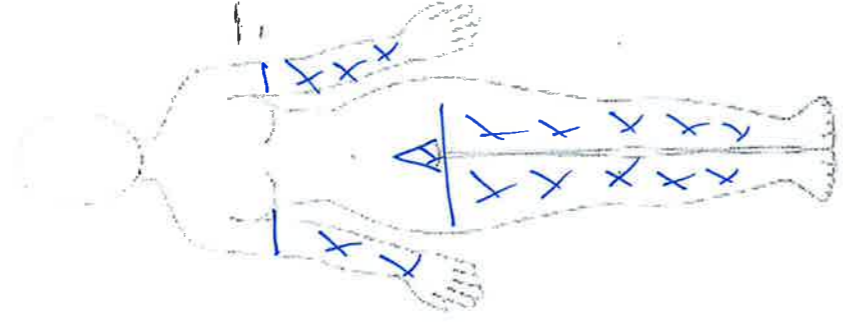
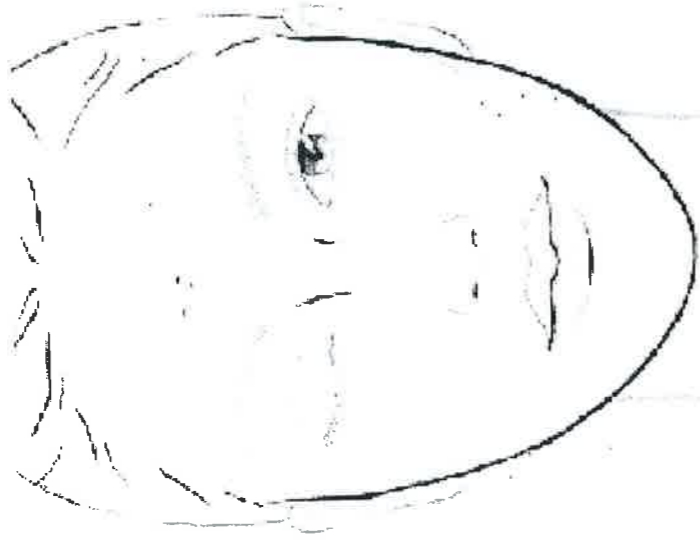
Patient's Name: **RAWAN NABIL** اسم المريض

File Number: رقم الملف

Pain Relief given? Yes / No 1000076

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	25/7/19					
Treatment Area	Full body					
Hair Type	Soft / Dark					
Mode	Alex / ND YAG					
Fluence	9/10mr. 16/15					
Pulse Type	Inside bit					
CNT Pulse						
Passes	1					
Starting Time	5:30pm					
Finish Time	6:45pm					
Post Treatment	First Open					

Therapist Name and Signature

Patient's Name: BANAN AL KAYED

File Number: 1000076

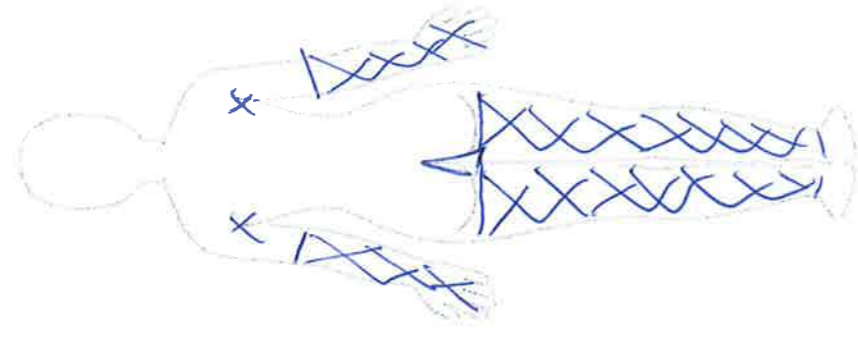
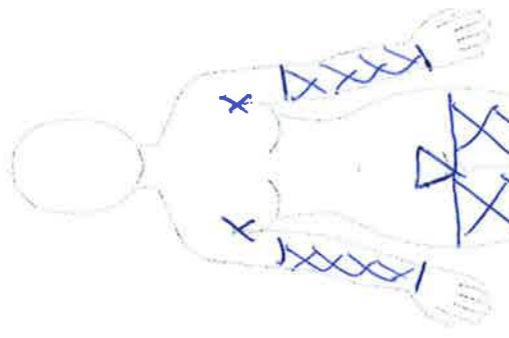
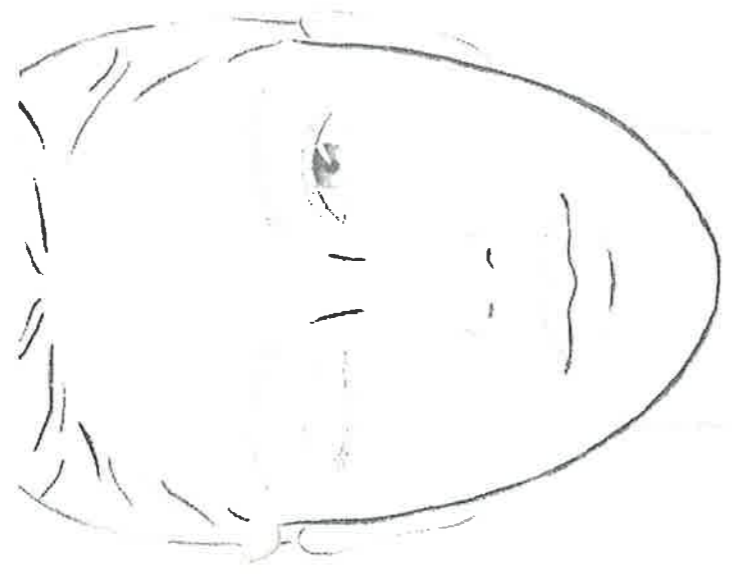
Pain Relief given? Yes / No Yes

رقم الملف:

Evaluation and consent form completed? Yes / No Yes

Pretreatment photography taken? Yes / No Yes

اسم المريض:



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	31/7/18	20/9/18	24/9/19	20/10/18	9/10/19	10/1/19
Treatment Area	AS ABOVE	BIKINI (FULL)	FULL LEGS + HAIR REMOVAL UNDERARM	Full legs, 1/2 arms, bikini, axilla	FULL LEGS, 1/2 ARMS, FULL BIKINI, UNDERARM	BIKINI
Hair Type	FINE, SACK	SACK, MEDIUM				20J 20.0MS (SPOT 10)
Mode	DPI	FOP	DPI	DPI FDP	AVEX, NOTING (AZIM)	AXILLA ALEX
Fluence	22J/cm ²	6-9 J/cm ²	28J/cm ²	26J 6J	ST 10-12.5	8J 15 MS
Pulse Type	SHORT	SHORT	BLEND	SHORT	SPOT= 20	
GNT Pulse						
Passes	1-2	1	2	2	1	
Starting Time	1:20 PM	6:50 PM	2:45 PM	5:30 PM	2:10 PM	
Finish Time	2:30 PM	6:40 PM	3:20 PM	7:05 PM	3:50 PM	
Post Treatment	ADVANTAGE + FUCIDIN					Fluorocort applied Beers

Therapist Name and Signature: BUSHEE JAWI

Bushe



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

787.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000979)

Date:31-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000076 - Rawan Alkayed - 971563531666

The sum of Dhs. Seven Hundred Eighty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 787.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 31-07-2018

Being

Made by Ghada

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

قرار بالعلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية PRP Treatment Consent Form

Description of Treatment

This treatment involves the collection of your blood (approximately 11 - 22 ml), then your blood is spun down using a centrifuge to separate out the plasma and platelet portion using the separator gel as a special filter. The PRP portion of your blood is then used at the point of care to re-energize your cells into rejuvenating themselves. The product is 100% your own blood by-product (autologous). If you have any questions please do not hesitate to ask your physician or nurse.

Side Effects

you will likely experience mild to moderate swelling of the treated area, this will last for about 12- 24 hours; ice or cold compresses can be applied to reduce swelling if required. You may notice a tingling sensation while the cells are being activated. In rare cases skin infection may occur, which is easily treated with an anti-biotic.

Contraindications

You should not have PRP treatment done if you have any of the following conditions: Skin conditions and diseases including: Facial cancer, existing or uncured. This includes SCC, BCC and melanoma, systemic cancer, chemotherapy, steroid therapy, dermatological diseases affecting the face (i.e. Porphyria), Blood disorders and platelet abnormalities, Anticoagulation therapy (i.e.: Warfarin) Platelet dysfunction syndrome, critical thrombocytopenia, hypofibrinogenaemia, haemodynamic instability, sepsis, chronic liver disease, Hepatitis or any acute or chronic infections. Aspirin, Anti-inflammatory such as Nurofen, Voltaren, Diclofenac, or Naproxen etc.? St Johns Wort, Garlic, Are you currently taking, or have you recently taken (within 14 days) Vitamin E, or Fish Oil supplements that could have a thinning effect on your blood.

In case of presence of any previously mentioned contraindications please mention it here

Or Ask the doctor if you are not sure or you have any questions.

Patient's Name and Signature: _____

Date: ... / ... / ...

وصف العلاج

يتضمن العلاج باستئذان البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينة من دم المريض تساوي تقريباً (١١ - ٢٢) مل. ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام سائل فاصل للتفكيك بشكل خاص. ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و إعادة النضارة لها. هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض. إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

الاعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف الي التوسط في المنطقة المعالجة. و قد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة؛ ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة المتورمة إذا تطلب الأمر. من الممكن أن تشعر ببعض الوخز الخفيف بينما يتم تنشيط الخلايا. نادراً ما يصاحب العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضادات الحيوية.

موانع العلاج

لا يجب أن تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية:

- الأمراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخلايا الحرشفية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغية و السرطان الجهازي و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الأمراض الجلدية التي تصيب الوجه (مثال البريفيريا)، أمراض الدم و النحل في الصفائح الدموية، علاج تخثر الدم (مثال الوارفارين)
- متلازمة خلل الصفائح الدموية، نقص الحديد في عدد الصفائح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم، عدم استقرار تدفق الدم، حالات التعفن الدموي، أمراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.
- تناول الأسبرين و مضادات الالتهاب كالتيفرين و الفيتارين و الريفكوفيناك و التابروكسين، أو مستحضرات التجميل. أو إذا كنت تتناول حالياً (خلال الأربعة عشر يوماً الماضية) مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي الي ترقق الدم. في حالة وجود احد موانع العلاج التي سبق ذكرها يرجى كتابة ذلك هنا

و إذا لم تكن متأكدًا أو كانت لديك أي استفسارات اسأل الطبيب المختص.

اسم المريض / التوقيع



التاريخ: ١٠ / ١٧ / ٢٠١٤

قرار بالعلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية PRP Treatment Consent Form

I understand that due to the natural variation in quality of Platelet rich plasma, results will vary between individuals. I understand that although I may see a change after my first treatment; I may require a series of up to 6 sessions to obtain my desired outcome. The procedure and side effects has been explained to me including alternative methods; as have the advantages and disadvantages. I am advised that though good results are expected, the possibility and nature of complications cannot be accurately anticipated and that, therefore, there can be no guarantee as expressed or implied either as to the success or other result of the treatment. I am aware that the PRP treatment is not permanent as natural degradation will occur over time.

I authorize Dr. from Orchid Medical Center. perform the injection of PRP (Platelet Rich Plasma) for rejuvenation. This consent form will be valid for up to 6 applications of PRP, after which time I may be asked to compete a new form. I state that I have read (or it has been read to me) and I understand this consent and I understand the information contained in it. I have had the opportunity to ask any questions about the treatment including risks or alternatives and acknowledge that all my questions about the procedure have been answered in a satisfactory manner and that all blanks were filled in prior to my signature and I had the right to refuse the treatment. THIS CONSENT FORM IS VALID UNTIL ALL OR PART IS REVOKED BY ME IN WRITING. When completing the medical questionnaire, I have answered the personal medical history questions fully and to the best of my ability.

Patient's Name and Signature: _____

Date: ... / ... /

أتفهم أن نتائج هذا العلاج قد تختلف من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية.

وأتفهم انه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من بعد جلسة العلاج الأولى قد أحتاج حتى ٦ جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

أقر بأن هذا الإجراء الطبي و آثاره الجانبية و بدائنه الممكنة و منافعه و مضاره قد شرحت لي بشكل كامل.

و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المضاعفات و طبيعتها بدقة و بالتالي، لا توجد اي ضمانات واضحة أو ضمنية لنجاح هذا العلاج او اي نتائج أخرى.

أدرك أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجاً دائماً لأن التراجع الطبيعي سوف يحدث مع الوقت.

أفوض الدكتور

من مركز أوركييد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لإعادة التضاريف. و ان هذا الاقرار و التفويض سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قادمة.

و أنني قد أحتاج لتوقيع اقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الاقرار بالكامل (او قد تمت قراءته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و إنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الاخطار و الاعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له. و أن جميع اسئلتني قد أجيببت بشكل كامل و وافي و أن جميع الاجابات التي ضمنتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملؤها قبل توقيعني أناناه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

ان هذا الاقرار صالح بالكامل حتى ألقيه كاملاً أو جزئياً و بخط اليد.

أقر أنني قد ملأت استمارة الاستمارة الطبية و شرحت تاريخي الطبي بشكل كامل و بكامل ارايتي.

حجم المريض / التوقيع

التاريخ: ١٧.٠٧.٢٠١٦



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000983)

Date: 01-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000076 - Rawan Alkayed - 971563531666

The sum of Dhs. **Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **997.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 01-08-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000984)

Date:01-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000076 - Rawan Alkayed - 971563531666

The sum of Dhs. **Three Hundred Sixty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **367.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 01-08-2018

Being

Made by **Ghada**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001491)

Date: 20-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000076 - Rawan Alkayed - 971563531666

The sum of Dhs. One Thousand Two Hundred Sixty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,260.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 20-10-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001293)

Date:20-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000076 - Rawan Alkayed - 971563531666

The sum of Dhs. Three Hundred Sixty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 367.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 20-09-2018

Being

Made by 
Sarah

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

892.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001311)

Date: 24-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000076 - Rawan Alkayed - 971563531666

The sum of Dhs. Eight Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 892.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-09-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001352)

Date:03-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000076 - Rawan Alkayed - 971563531666

The sum of Dhs. Eight Hundred Forty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 840.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-10-2018

Being

Made by Ghada

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

ORCHID MEDICAL CENTER

SPECIAL PACKAGE TREATMENT FOLLOW UP FORM

PATIENT NAME: KAMANI NARSIL

FILE #: 1000076

FILE DATE: 17/11/2018

NAME OF PACKAGE: LHR UNDERARM + FULL BIKINI (6 SESSIONS)

NO: SESSION	DATE	TREATMENT NAME	SIGNATURE OF DOCTOR/TECHNICIAN
1	17/1/18	LHR UNDERARM + FULL BIKINI	[Signature]
2	17/2/18	LHR UNDERARM + FULL BIKINI	[Signature]
3	19/4/18	LHR UNDERARM + FULL BIKINI	[Signature]
4	13/5/18	LHR UNDERARM + FULL BIKINI	[Signature]
5	21/6/18	LHR UNDERARM + FULL BIKINI	[Signature]
6	21/7/18	LHR UNDERARM + FULL BIKINI	[Signature]
7	4/8/18	LHR UNDERARM + FULL BIKINI	[Signature]
8	DATE:		
9	DATE:		
10	DATE:		
11	DATE:		

TOTAL NO: OF SESSIONS: 6

TREATMENT START DATE: 17/1/18

TREATMENT END DATE: 4/8/18

DONE

Treatment Plan خطة العلاج

Pt had 3-5 PRR Reenably

do importias ABA

Small A.A of RT frontid

= Rx - Zinc 50 /
- Calcium 200 /

oix 3month



Doctor's Signature and Stamp

.....



مركز أوركيديك الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-007196)

Date: 22-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000076 - Rawan Alkayed - 971563531666

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **157.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date: 22-01-2020

Being **SCALING AND POLISHING + 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 : 1000076 - Rawan Alkayed - 971563531666

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001497)

Date:21-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000076 - Rawan Alkayed - 971563531666

The sum of Dhs. Three Hundred Sixty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 367.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 21-10-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

50.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001498)

Date:21-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000076 - Rawan Alkayed - 971563531666

The sum of Dhs. Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 50.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 21-10-2018

Being

Made by Ghada

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

precisely Kindly Answer the following questions

*يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديدة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes/ No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جذرة ؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الإيسوتريتونين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinon on Site? Yes/ No	هل استخدمت ريتين اي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes/ No	هل قمت بتفليس أو كحل الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No	هل كانت اخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك اي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?	ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشترك حاليًا؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

I hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser. I understand that laser produces a beam of light that generates an energy of a certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to impair its' ability to grow hair. I understand that the results of the treatment varies from one person to another by the variation of medical history and the skin type, hair type , patients commitment to precautions before and after sessions and the variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all e alternative hair removal methods and I choose removing my unwanted hair by laser.

I consent that I got the following precautions:

-It's not allowed to get tanned or use tanning solutions for 4-6 weeks before and after treatment.

- Waxing and Plucking must be avoided at least 6 weeks prior to sessions.
- Tattoos and permanent make up on treatment site will be affected by laser.
- Full Medical History must be given including previous treatments, allergies and skin type.

- people who took akutan during the last 6 months or any drugs that inhibits patients from sun exposure can not remove their hair by laser.

I understand that i might see some change from first session, nevertheless the treatment will take many sessions to get the result.

Side Effect

side effects may include burning like redness, and it's possible to see some swelling or cracks. these side effects will fade away few hours to few days after treatment. hypo/hyperpigmentation is not common and it rarely last, it's advisable to avoid sun exposure, and to use sun protections.

I consent that I had the chance to enquire and ask any questions I have to the therapist and I have read and understood the content of this form (or it was read to me) and I am more than 18 years old or I have the approval of my sponsor.

Name and Signature

Date

أقر أنا مركز أوركيذ الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيذ الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

وأنتقم أن أشعة الليزر تنتج طيفًا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتمثل قدرتها على إثناء الشعر.

وأنتقم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج، و إني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق والتفك والكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل وبعد العلاج.

- يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتق قبل العلاج ب ٦ أسابيع على الأقل.

- التؤويم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة

- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير شمعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أنتقم أنه برغم التغيير الذي قد الحظته من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق، و من الممكن حدوث بعض التؤيم و التشققات، و هذه الأعراض الجانبية ستلاشى خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج، نقص

أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها . و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

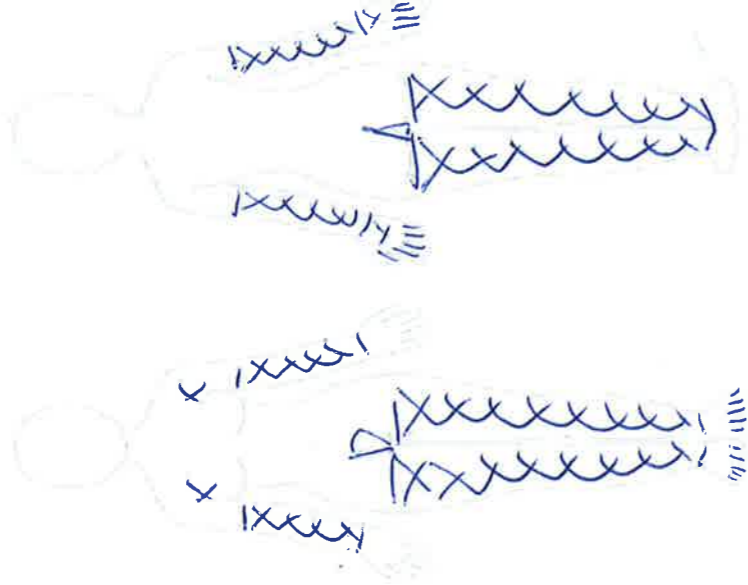
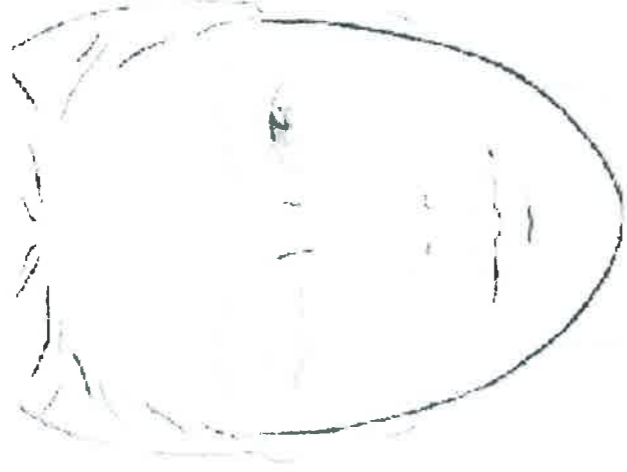
أقر أنه قد أتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي، و أنني تجاوزت القائمة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أخري في حال عدم بلوعي السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ

..... / /

Patient's Name: Rafsan
 File Number:
 Pain Relief given? Yes / No
 رقم الملف:
 1000076
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



Session 1
 Treatment Date: 14/2/19
 Treatment Area: Full Body
 Hair Type: Soft
 Mode: ALEX
 Fluence: 6-8J/10
 Pulse Type: 1
 CNT Pulse: 2:30PM
 Passes: 4PM
 Starting Time:
 Finish Time:
 Post Treatment:

Session 2
3/4/19
Full Body
Soft
ALEX
8/3/10
6:km
16J/15ms
20spot

Becc

Session 3 Session 4 Session 5 Session 6

Therapist Name and Signature Becc



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 997.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002641

Date: 13-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000076 - Rawan Alkayed - 971563531666

The sum of Dhs. **Nine Hundred Ninety Seven and Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **997.50** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **full body deka without front and back 950 + vat**Made by **Rana**Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.aewww.omc1.ae



مركز أوركيدي الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003187)

Date: 02-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000076 - Rawan Alkayed - 971563531666

The sum of Dhs. **Eight Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **892.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 02-04-2019

Being **FULL BODY + 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 : 1000076 - Rawan Alkayed - 971563531666

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003700

Date: 16-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000076 - Rawan Alkayed - 971563531666

The sum of Dhs. Eight Hundred Ninety Two and Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 892.50 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

ing ADVANCE FOR FULL BODY LASER + 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

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

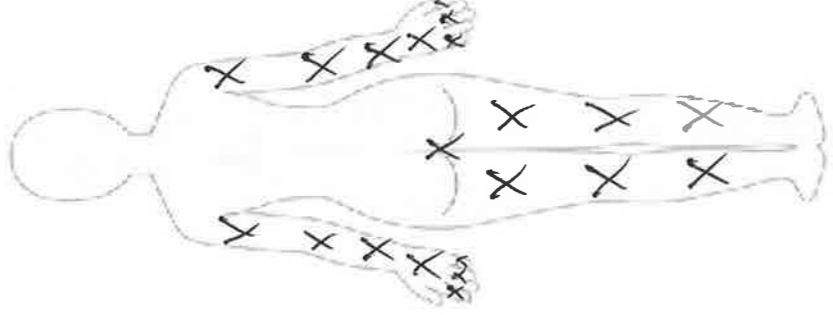
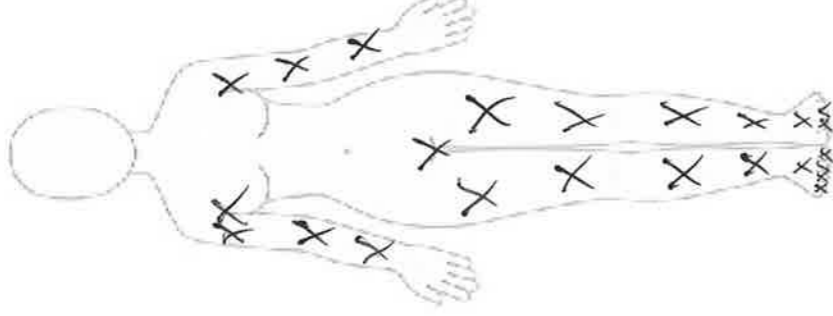
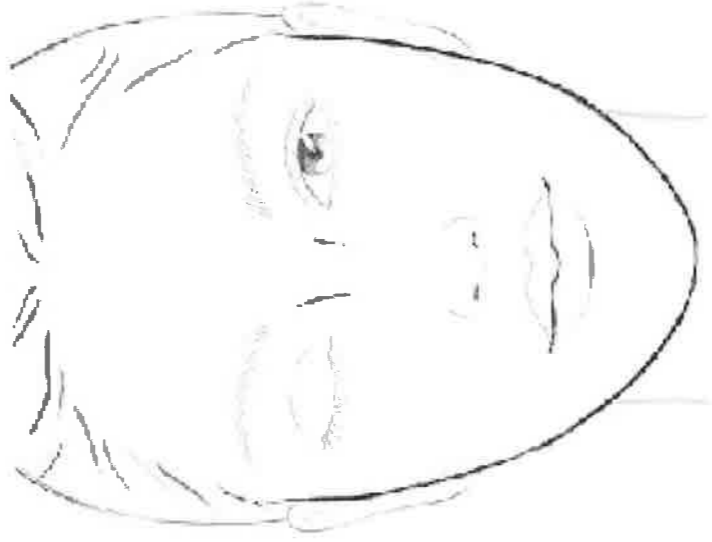
اسم المريض: Patient's Name:

رقم الملف: File Number:

تقييم و استكمال استمارة: Evaluation and consent form completed? Yes / No

تصوير ما قبل المعالجة: Pretreatment photography taken? Yes / No

هل تم إعطاء مسكن الألم؟ Pain Relief given? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	20/05/19					
Treatment Area	Full Body					
Hair Type	Thin-medium					
Mode	ALEX / YAG					
Fluence	(8J/cm)					
Pulse Type	70/14ms					
CNT Pulse	20/20ms					
Passes						
Starting Time	4pm					
Finish Time	5:15pm					
Post Treatment	MEBO					

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003734)

Date:20-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000076 - Rawan Alkayed - 971563531666

The sum of Dhs. **Eight Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **892.50**

Bank: Cheque No.

Date: 20-05-2019

Being **LASER FULL BODY + 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 : 1000076 - Rawan Alkayed - 971563531666

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-003921

RECEIPT VOUCHER

AED 892.50

Date: 02-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000076 - Rawan Alkayed - 971563531666

The sum of Dhs. Eight Hundred Ninety Two and Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 892.50 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

E g ADVANCE FOR FULL BODY + 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

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



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004502)

Date:25-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000076 - Rawan Alkayed - 971563531666

The sum of Dhs. One Thousand Two Hundred Sixty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 367.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 892.50

Bank: Cheque No.

Date: 25-07-2019

Being FULL BODY + Pro-Facial treatment + VAT

Made by Hiba

- 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 : 1000076 - Rawan Alkayed - 971563531666

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



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005305

Date: 30-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000076 - Rawan Alkayed - 971563531666

The sum of Dhs. **Eight Hundred Ninety Two and Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **892.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being **ADVANCE FOR FULL BODY DEKA + 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

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