



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 100088

Date: 12/2/18

Patient Name: نبوة بوسفي - Bayhaal Bouchi اسم المريض

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 1770/2/5

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): سورية - Syrian

Occupation (الوظيفة): -

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 052-1326246

Contact Person in Case of Emergency: _____

How Did You Know About Us? from My Husband (Mohamed Mghar)

Weight: 64.60 kg Height: 168 cm Blood Type: _____

BP: 100/70 mmHg

Chief Complaint: _____

السجل الطبي Medical History

Diseases: /

Medication: /

Allergies: /

Pregnancy: 13-9-2017

Hospitalization: /

Family History: 20-6-2018

Habits: Smoking: Y/N

Alcohol: Y/N

Drugs: Y/N

G2P1A0

Remarks: _____

NVD → 28-11-2018

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination: _____

Diagnosis: _____



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

DOCTOR NOTE

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 يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نذكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

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

أتفهم انه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم 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 أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امالك 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:

Patient Name: FILE NO#

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
12/2/18	Consultation + Ultrasound	150	0	
12/3/18	BP = 100/70			
6/4/2018	Composite Filling I Surface (200)	0	0	
5/1/2018	Composite Filling 51+61 + 67 teeth	300 225		Dr. Daka
21/1/2019	[6] Composite	450		Dr. Daka
	Fillings.			
	+ Ear Piercing	105		
8/7/19	hHR full leg (Deka)			Dr. Wessam Marwan Al Tabbaa
	Discont			
	Mohamed wife			
8/8/19	hHR full leg (Deka)			Dr. Wessam Marwan Al Tabbaa
14/9/19	hHR full leg (Deka)			Dr. Wessam Marwan Al Tabbaa
14/10/19	hHR full leg and arms (Deka)			Dr. Wessam Marwan Al Tabbaa

د. وسماء مروان الطبايع
 Dr. Wessam Marwan Al Tabbaa
 Dermatology specialist
 MOH License No. 1826
 مركز أوركيذ الطبي
 Orchid Medical Centre



Laboratory Analysis Report

Name : **Batool Bochi**
Sex : **Female**
Date Of Birth : **27 Y**
Referred By : **Dr. Eman (Orchid M.C)**
Receiving Date : **MAR-12-18 02:55 PM**
Insurance Company :
Indication :
Clinic File No. :
Lab File No. : **1803-01912**
Lab. Case No. : **33995**
Clinic Name :
Reporting Date : **MAR-12-18 07:32 PM**
Insurance No. :

CLINICAL CHEMISTRY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Glucose - Fasting	85.6	mg/dL	Non Pregnant : 60 - 110 Pregnant : 60 - 95	Enzymatic
Sample Type	NaF-Plasma			

End of Report

* 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 : **Ashar Al Rabie**
Medical Laboratory Technologist
License No : T19042

Printed by : Norhanisa Sacar

Flat 203, Union National Bank Bldg, Al Buhaira Cornich St., Al Majaz, P.O. Box: 65238, Sharjah, U.A.E

Tel. :+971 6 551 9916, Fax : +971 6 551 9917, E-mail: daralhikmah2012@gmail.com

Final Report
Page 1 of 1

Printed on : MAR-12-18 07:59 PM

Verified by : **Dr. Mona Mohamed Hagrass**
Clinical Pathologist
License No : D42240

Mona

Name : **Batool Bochi**
Sex : **Female**
Date Of Birth : **27 Y**
Referred By : **Dr. Eman (Orchid M.C)**
Receiving Date : **MAR-12-18 02:55 PM**
Insurance Company :
Indication :

Clinic File No. :
Lab File No. : **1803-01912**
Lab. Case No. : **33995**
Clinic Name :
Reporting Date : **MAR-12-18 07:33 PM**
Insurance No. :

HEMATOLOGY & COAGULATION

Complete Blood Count

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Haemoglobin	10.8	L g/dL	12.3 - 15.3	
Haematocrit (Hct)	32.2	L %	35.0 - 47.0	
Erythrocyte Count (RBC)	3.7	L 10 ⁶ /mm ³	4.1 - 5.1	Automated cell counter
MCV	87	μm ³	80 - 96	
MCH	29	pg	28 - 33	
MCHC	34	g/dL	33 - 36	Automated cell counter
RDW	12.4	%	< 14	
Platelet Count	225	10 ³ /mm ³	154 - 386	Automated cell counter
Leucocyte Count (WBC)	8.4	10 ³ /mm ³	4.4 - 11.3	Automated cell counter
Differential Count				
Neutrophils	75	%	40 - 75	
Lymphocytes	20	%	20 - 45	
Monocytes	3	%	2 - 10	
Eosinophils	2	%	0 - 5	
Basophil	0	%	0 - 1	

Sample Type : EDTA BLOOD

End of Report

* 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 : **Ashar Al Rabie**
Medical Laboratory Technologist
License No : T19042

Printed by : Norhanisa Sacar

Eilat 203 Union National Bank Bldg Al Bukairi Cornish St Al Mairaj B O Box 65038 Sharjah U.A.E

Final Report
Page 1 of 1



Mona

Verified by : **Dr. Mona Mohamed Hagrass**
Clinical Pathologist
License No : D42240

Printed on : MAR-12-18 07:59 PM



Laboratory Analysis Report

Name : **Batool Bochi**
Sex : **Female**
Date Of Birth : **27 Y**
Referred By : **Dr. Eman (Orchid M.C)**
Receiving Date : **MAR-12-18 02:55 PM**
Insurance Company :
Indication :

Clinic File No. :
Lab File No. : **1803-01912**
Lab. Case No. : **33995**
Clinic Name :
Reporting Date : **MAR-12-18 07:34 PM**
Insurance No. :

HORMONES / ENDOCRINOLOGY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
TSH	1.62	uIU/mL	0.47 - 4.68	ECLIA

Sample Type : **Serum**

End of Report

* 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 : **Ashar Al Rabie**
Medical Laboratory Technologist
License No : **T19042**

Printed by : **Norhanisa Sacar**

Flat 203, Union National Bank Bldg, Al Buhaira Cornich St., Al Majaz, P.O. Box: 65238, Sharjah, U.A.E.
Tel. : +971 6 551 9916, Fax : +971 6 551 9917, E-mail: daralthikmah2012@gmail.com

Final Report
Page 1 of 1

Verified by : **Dr. Mona Mohamed Hagras**
Clinical Pathologist
License No : **D42240**

Printed on : **MAR-12-18 08:00 PM**
Sharjah, U.A.E.

Mona



precisely Kindly Answer the following questions

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لتدع 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 , عديمة 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"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جيرة ؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/No	هل تناولت عقار الاكيتان/ الايسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquenon on Site?Yes/ No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الهيدروكويونك أو الهيدروكويون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتدق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately?	هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت جلوسة تسمير؟
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 وشموم / 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 لبشرتك حاليا؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل انت 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 the 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 بقبولي الى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. وأفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع و التفتف و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالشمعير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتف قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشموم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و المساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من

التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
أفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه 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 التوريم 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 يصبح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قرأته لى. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ
... / ... /

اسم المريض: **Bateel Bashi**

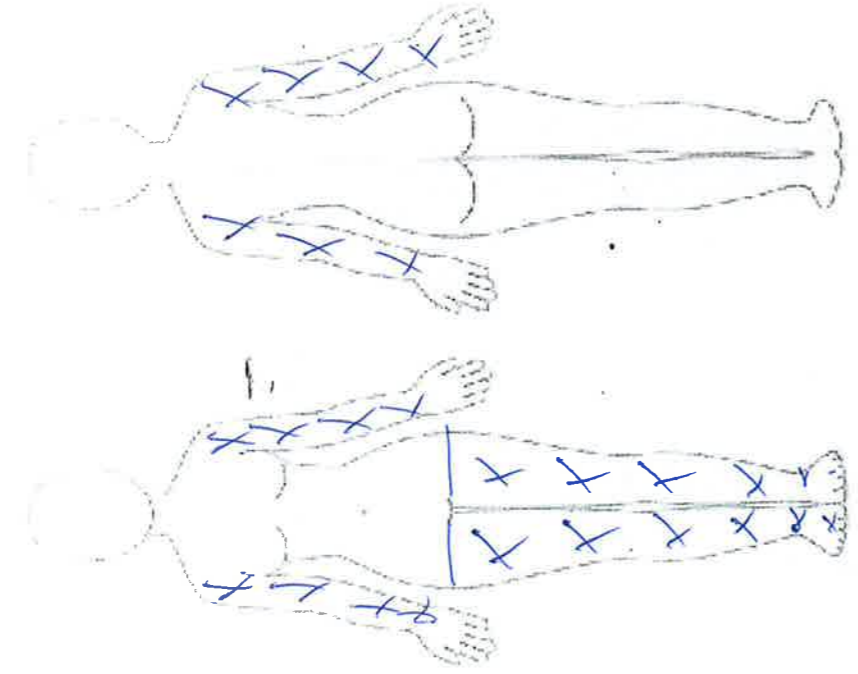
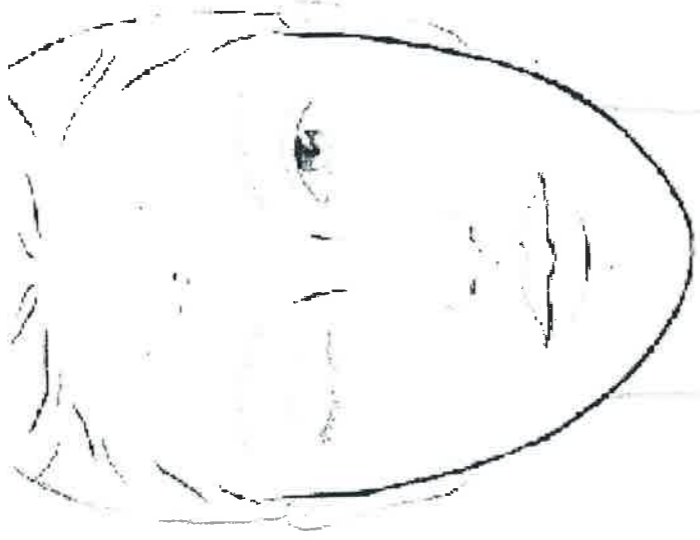
Patient's Name:

رقم الملف: **1000188**

File Number:

تاريخ العلاج: **14/9/19**

Treatment Date:



تم تقييم المريض: **Yes**

Evaluation and consent form completed? Yes / No

تم أخذ الصور قبل العلاج: **Yes**

Pretreatment photography taken? Yes / No

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	8/7/19	8/8/19	14/9/19	14/10/19		
Treatment Area	Full leg Thick LD.	Full leg Thick LD	Full leg MID	Full leg Full arms		
Hair Type	Alex (20)	Alex 20	Alex 20	Alex 20		
Mode	815ms	812ms	811ms	811ms		
Pulse Type						
ONT Pulse						
Passes	1	1	1	1		
Starting Time	5:35	5:10	6:15 pm	6:15 pm		
Finish Time	6:10 pm	5:20 pm	6:40 pm	5:55 pm		
Post Treatment	Hinacid Pore	Hinacid Pore	Hinacid Pore	Hinacid Pore		

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

225.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002547)

Date:05-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000188 - Batool Bochi - 971502318667

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

By Cash 225.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 05-02-2019

Being AGAINST INVOICE NO:2730

Made by Ghada

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

555.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002548)

Date:05-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000188 - Batool Bochi - 971502318667

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

By Cash 555.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Date: 05-02-2019

Cheque No.

Being AGAINST INVOICE NO:3434

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

AED 210.00

RECEIPT_VOUCHER (No.REC-004349)

Date:08-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000188 - Batool Bochi - 971502318667

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 08-07-2019

Being FULL LEGS LASER DISCOUNT 250 AED + 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 : 1000188 - Batool Bochi - 971502318667

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

www.omc1.ae



مركز أوركيدي الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004711)

Date:08-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000188 - Batool Bochi - 971502318667

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date: 08-08-2019

Being FULL LEGS (DISCOUNT 250 MOHD WIFE) + 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 : 1000188 - Batool Bochi - 971502318667

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





مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005097)

Date:14-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000188 - Batool Bochi - 971502318667

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 14-09-2019

Being FULL LEGS + VAT 250 DISCOUNT STAFF

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 :1000188 - Batool Bochi - 971502318667

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005529)

Date:14-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000188 - Batool Bochi - 971502318667

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

By Cash 420.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 14-10-2019

Being FULL ARMS (HR) + FULL LEGS (HR) + VAT (50% DISCOUNT MOHD WIFE)

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 : 1000188 - Batool Bochi - 971502318667

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

18/11/2019
Kindly
Bring
Next Time