

File No#: 1000 368

Patient Name: Weam Moussa

Date of Birth (التاريخ الميلاد): 9/3/89

Nationality (الجنسية): Syrian

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

E-MAIL:

How Did You Know About Us? Facebook

Date: 14/7/2018

اسم المريض:

Gender (الجنس): M / F

Occupation (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): 0558814115

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



مركز أوركيذ 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 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 ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر 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 أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين تنتج العلاج كما أفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أفهم تماماً كافة الاخطار الناتجة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أفهم 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 تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتلك 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:

14/7/2014

**For Doctor's Use Only** لاستعمال الطبيب فقط

Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Blood Type: \_\_\_\_\_

Chief Complaint: Stained teeth

**Medical History** السجل الطبي

Diseases: \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_ Pregnancy: \_\_\_\_\_

Hospitalization: \_\_\_\_\_ Family History: \_\_\_\_\_

Habits: Smoking: Y/N \_\_\_\_\_ Alcohol: Y/N \_\_\_\_\_ Drugs: Y/N \_\_\_\_\_

Remarks: \_\_\_\_\_

Clinical Findings: \_\_\_\_\_

Radiography: \_\_\_\_\_

Examination : \_\_\_\_\_

Diagnosis: Staining





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

787.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000899)

Date:14-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000368 - Weam ,Almasalmeh - 971558314115

The sum of Dhs. Seven Hundred Eighty-Seven 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 787.50

Bank: Cheque No.

Date: 14-07-2018

Being

Made by Ghada

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)

File No#: 1000368 Date: 29/3/2018  
Patient Name: Weam Moussa اسم المريض:  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 9/3/89 Gender (الجنس): M / F  
Nationality (الجنسية): Syrian Occupation (الوظيفة): Student  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): \_\_\_\_\_ Phone No. (رقم الهاتف): 0558314115  
E-MAIL: rose.2026107@gmail.com  
How Did You Know About Us? Facebook

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 , عديمة الاسمرار  
3- قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
- 4- نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار  
5- بشرة داكنة السمرة
- 2- هل ظهرة لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟  نعم  لا
- 3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بثور الحصى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟  نعم  لا
- 4- هل تناولت عقار "الأكبوتان / الايسوترتينونين " خلال الست أشهر الماضية؟  نعم  لا
- 5- هل استخدمت عقار " ريتين اي " أو منتجات حمض الجلاليك أو الهيدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟  نعم  لا

## إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا \_\_\_\_\_ بقدمي إلى مركز أوركييد الطبي / الشارقة 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 بصليلات 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 , التفتف , الكريمات , وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تلقيت التعليمات التالية :-

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

. يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع او التفتف 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 ستلتاشي خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع نادرا ما تتووم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام واقيات الشمس.



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	Weam,Moussa,,Almasalmeh	IDN:	784198964848737	Mother Name:	
Name (Ar)	ونام موسى المسالمه	Card Number:	082130066	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	15/02/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	14/02/2019	Date of Birth:	09/03/1989	Sponsor Name:	جامعة الشارقة
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	03	Residency Number:	30120163041060	Residency Expiry:	14/02/2019
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

3/29/2018







مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-000397

AED 1,000.00

RECEIPT VOUCHER

Date: 29-03-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000368 - Weam ,Almasalmeh - 971558314115**The sum of Dhs. **One Thousand Only**By Cash **1,000.00** / By Credit Card **0.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being **Advance 1000 AED for laser hair removal full body for 6 sessions**Made by **jumana**

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

312.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000900)

Date:14-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000368 - Weam ,Almasalmeh - 971558314115

The sum of Dhs. Three Hundred Twelve Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 100.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 212.50

Bank: Cheque No.

Date: 14-07-2018

Being

Made by Ghada

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

55.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000927)

Date: 19-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000368 - Weam ,Almasalmeh - 971558314115

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

By Cash **55.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:                      Cheque No.

Date: 19-07-2018

Being **AGAINST INVOICE NO : 2117**

Made by Ghada

---

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