

File No#: 1000398 Date: 11/4/2018
اسم المريض: _____
Patient Name: Lala Al Rasies
Gender (الجنس): M / F
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 13/3/1982
Occupation (الوظيفة): _____
Nationality (الجنسية): Syria
Phone No. (رقم الهاتف): 0566907730
Marital Status (الحالة الاجتماعية): single
E. MAIL: Dr. Eman
How Did You Know About Us? ~~AlHattat~~

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 بسيط (الهربس) أو بثور الحصى أو التفurchات في منطقة العلاج ؟ نعم لا
- 4- هل تناولت عقار "الأكوتان" / الايسوتريتينين " 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

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا _____ بقدمي إلى مركز أوركيد 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 بصليات 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 , التنقب , 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 التنف 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 ستلاشى 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

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	Lara,Mohammad,,,Alrasias	IDN:	784198254361748	Mother Name:	
Name (Ar)	لارا محمد الراسي	Card Number:	087886903	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	26/02/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	24/02/2020	Date of Birth:	01/03/1982	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120182020965	Residency Expiry:	24/02/2020
ID Type:	IL	Occupation:	05	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

4/11/2018

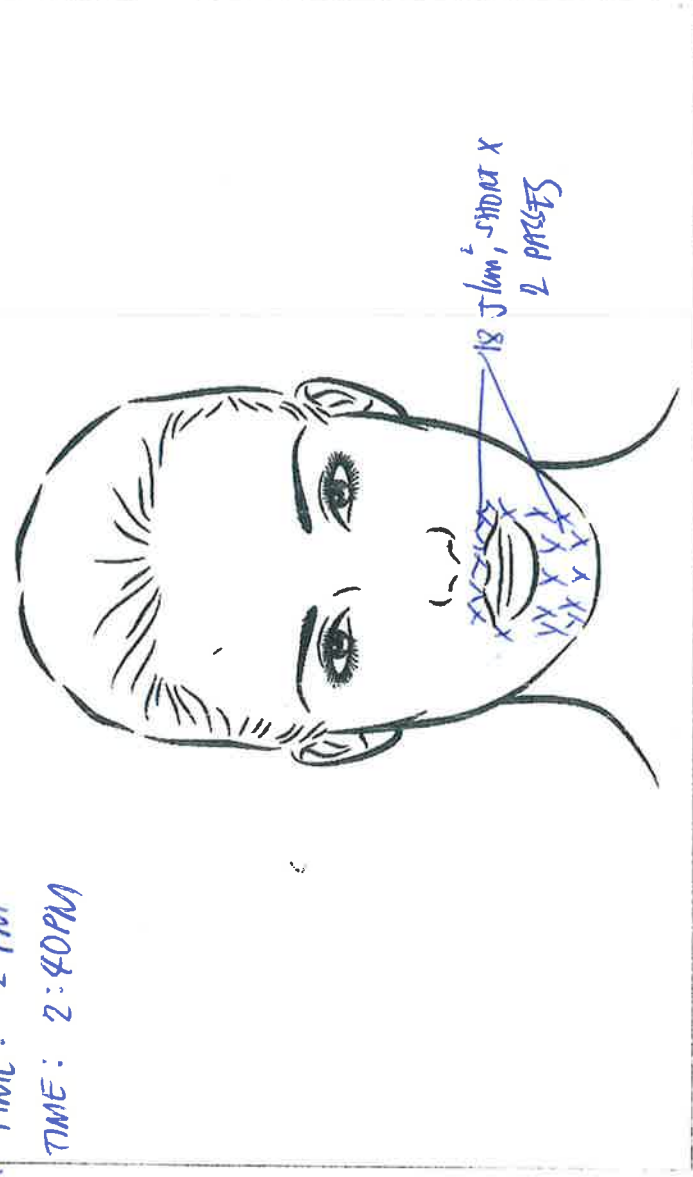
Circle areas to be treated:

LARA AL RASIES Other

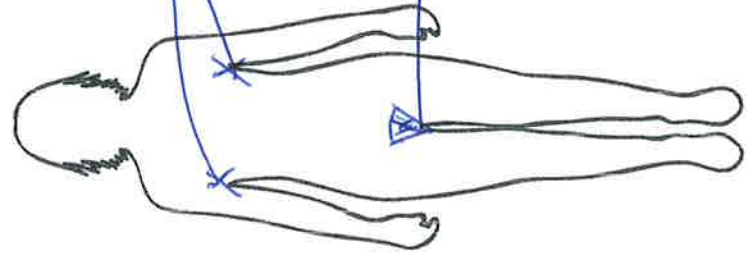
7 MAY 2018

START TIME: 2 PM

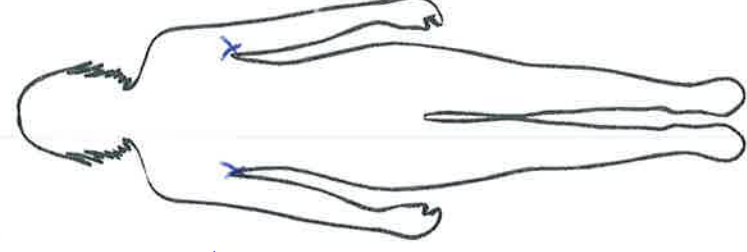
END TIME: 2:40PM



Front

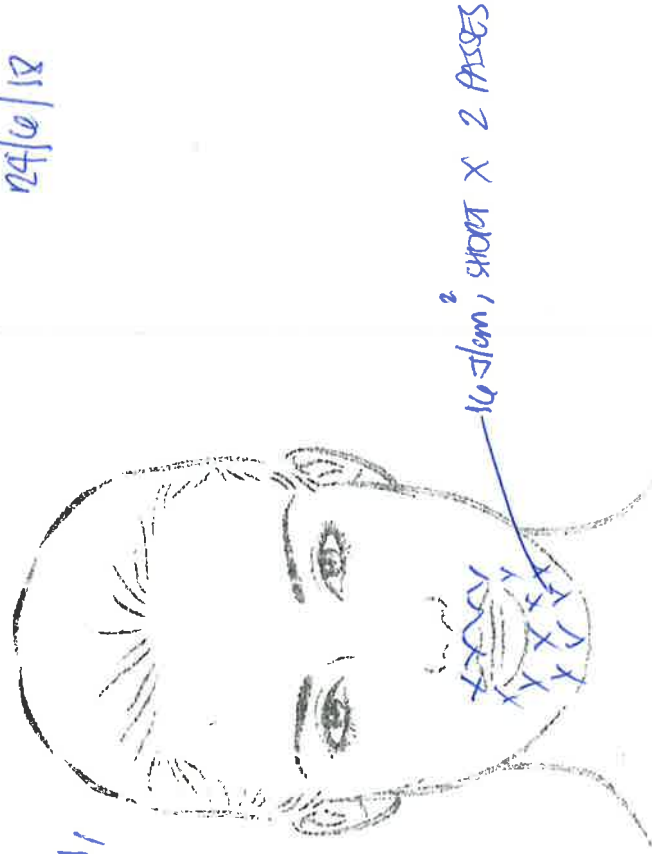


Back



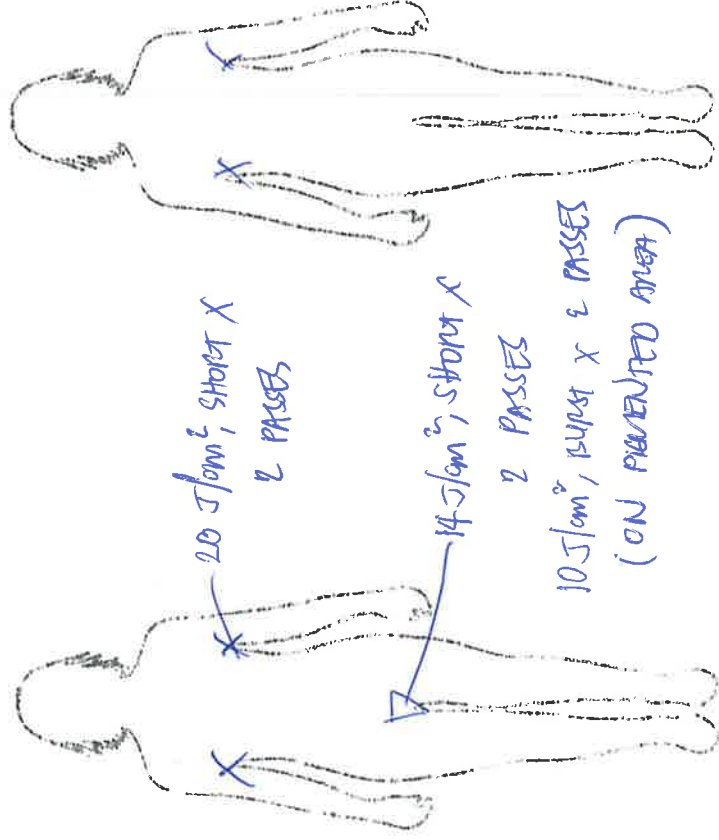
24/6/12

LHR UPPER LIP + CHIN,
UNDERARM + BIKINI
FRONT
DP MODE



Front

Back





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 450.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000603)	Date:07-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000398 - LARA ALRASIES - 971566907730		
The sum of Dhs. Four Hundred Fifty Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 450.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 07-05-2018
Being		
Made by Ghada	<i>ALRASIE</i>	

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000799)

Date:24-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000398 - LARA ALRASIES - 971566907730

The sum of Dhs. Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 472.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-06-2018

Being

Made by Ghada

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

File No#: 1000398

Date: 18/04/18

اسم المريض

Patient Name: LARA AL RAJIEV

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 01/03/1982

Gender (الجنس): M / (F)

Nationality (الجنسية): SYRIAN

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): SINGLE

Phone No. (رقم الهاتف): 0160907730

E.MAIL:

How Did You Know About Us?

THROUGH DR. EMAN

Weight: _____

Height: _____

Blood Type: _____

Chief Complaint:

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____

Medication: _____

Allergies: _____

Pregnancy: _____

Hospitalization: _____

Family History: _____

Habits: Smoking: Y/N

Alcohol: Y/N

Drugs: Y/N

Remarks: _____

Physical Findings: _____

Radiography: _____

Examination: _____

Diagnosis: _____



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 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 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 هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عوى 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 امتالك 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:

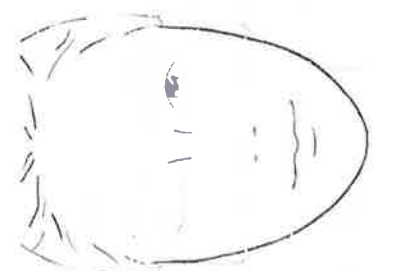


DOCTOR NOTE

Plastic Surgery and Cosmetics Treatment Plan

Name Age Sex File No.

Treatment(s) of choice:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Non Surgical Treatment(s)

1-

2-

3-

Surgical Treatments

Surgery:

Area: Hospital:

Approximate Timing (hours):

Preoperative check:

Additional consumables:

Others:

Injections

Material(s):

Area (s):

Units:

Notes:

EDAD DATA

AEAI0EBAA830DQXO

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	Lara,Mohammad,,Alrasias	IDN:	784198254361748	Mother Name:	
Name (Ar)	لارا محمد,,الراسيس	Card Number:	087886903	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		الجنسية العربية السورية			
Issue Date:	26/02/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	24/02/2020	Date of Birth:	01/03/1982	Sponsor Name:	لاميه تجاره الاقمشة ش.م.م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120182020965	Residency Expiry:	24/02/2020
ID Type:	IL	Occupation:	05	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

4/11/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000947)

Date:23-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000398 - LARA ALRASIES - 971566907730

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.

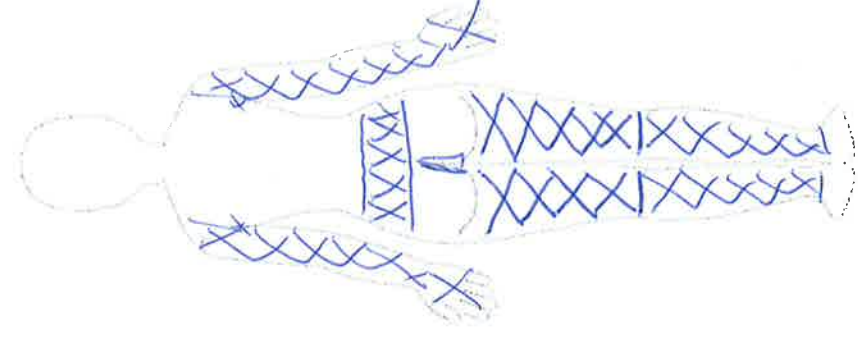
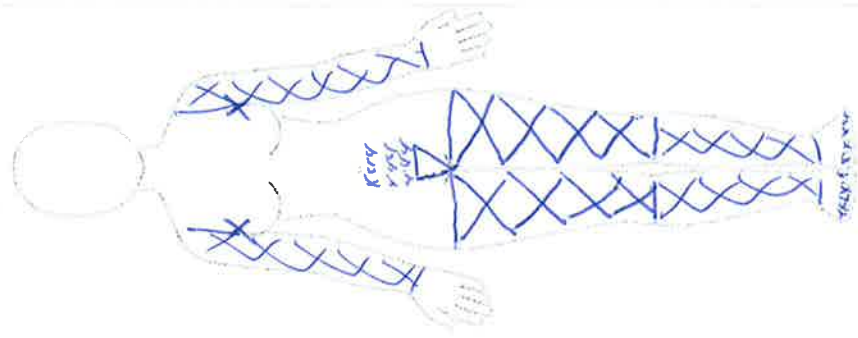
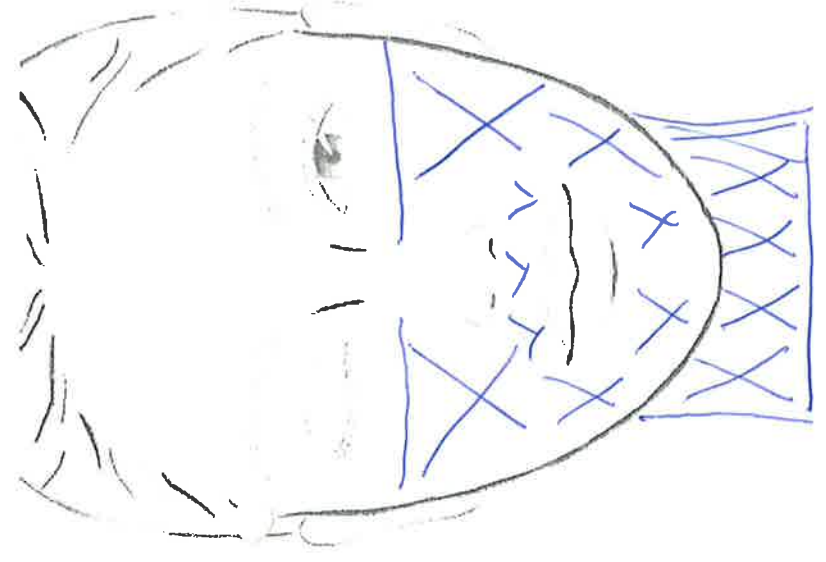
Date: **23-07-2018**

Being

Made by Ghada

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

Patient's Name: LARA M. BASLES
 File Number: 1000348
 Pain Relief given? Yes / No
 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	23/7/18	30/7/18	27/8/18	24/9/18	29/10/18	
Treatment Area	FACE, UNDERARMS, AXILS, HALF LEGS (UPPER)	FACE, HANDS, UPPER LEG	FULL BODY	FULL BODY	FULL BODY	
Hair Type	COURSE, DARK	COURSE, DARK	COURSE, DARK	DARK	DP1, FDP	
Mode	DP1	DP1	DP1, FDP	DP1, FDP	DP1, FDP	
Fluence	20 J/cm ²	20 J/cm ²	20 J/cm ² , 6 J/cm ²	18 J/cm ²	18 J/cm ² , 6 J/cm ²	
Pulse Type	SHORT	SHORT	SHORT	SHORT	SHORT	
GNT Pulse						
Passes	1-2	1-2	1-2	2 PASSES	2	
Starting Time	5:30 PM	5:45 PM	12:15 PM	4:50 PM	12:45 PM	
Finish Time	6:30 PM	6:45 PM	1:50 PM	6:55 PM	3 PM	
Post Treatment						

Beams . 6450E

Therapist Name and Signature *[Signature]*



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001127)

Date:27-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000398 - LARA ALRASIES - 971566907730

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 27-08-2018

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

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001313)

Date:24-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000398 - LARA ALRASIES - 971566907730

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 24-09-2018

Being

Made by Sarah

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001550)

Date:29-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000901 - MAHA HADAD - 971561070457

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **105.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 29-10-2018

Being

Made by Ghada

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