

File No#: 1000412 Date: 11/04/2018  
Patient Name: Surg Al Hakheri اسم المريض: سورج الحارثي  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 9/10/1987 Gender (الجنس): M / (F)  
Nationality (الجنسية): عراقية Occupation (الوظيفة): ربة منزل  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): متزوجة Phone No. (رقم الهاتف): 066-3099433  
E. MAIL: sura.famedl@yagmail.com  
How Did You Know About Us? \_\_\_\_\_

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

\*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟ برونزي  
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 ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جرة؟ لا نعم \_\_\_ لا \_\_\_
- 3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بثور الحصى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ لا نعم \_\_\_ لا \_\_\_
- 4- هل تناولت عقار "الأكوتان" / الايسوترتينونين " خلال الست أشهر الماضية؟ لا نعم \_\_\_ لا \_\_\_
- 5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟  
نعم لا

## إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا محمد جمال 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 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 , التنف , 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 الأقل.

. 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

cAEAIOEBAA83ODQxO'

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	Sura,Jamal,Jasim,Alfakheri	IDN:	784198713141947	Mother Name:	
Name (Ar)	سرى جمال جاسم الفخرى	Card Number:	082850687	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRQ	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	العراق		
Issue Date:	05/04/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	23/12/2018	Date of Birth:	09/10/1987	Sponsor Name:	فيصل رياض حسن
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	09608057
Residency Type:	03	Residency Number:	20120093000737	Residency Expiry:	23/12/2018
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

4/11/2018

Circle areas to be treated:

Other \_\_\_\_\_

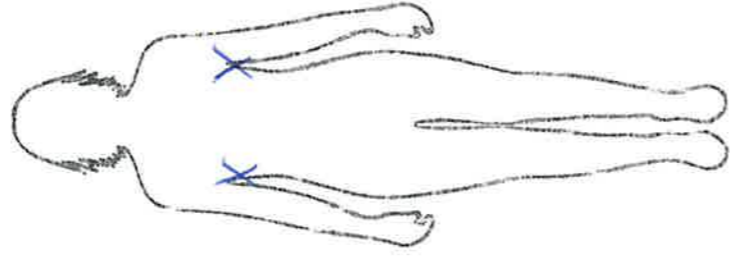
7 JUNE 2018

LHR UNDERARM DPI MODE  
20 J/cm<sup>2</sup>, SHORT X 2 PASSES

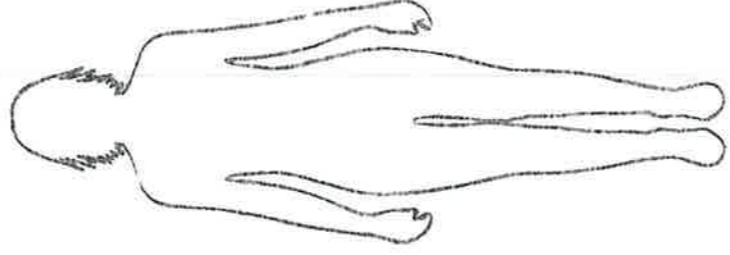
START: 1:15 PM  
END: 1:30 PM



Front



Back





Circle areas to be treated:

Other:

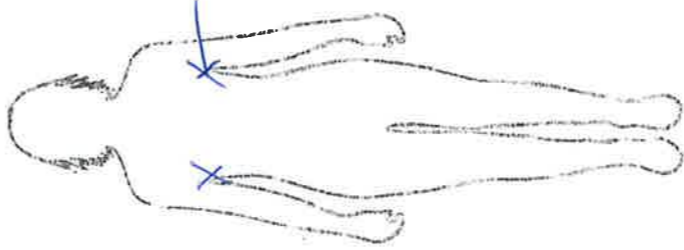
SURA AL FARHERI

LHR UNDERARM

8 JULY 2018



Front



Back





مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001171)

Date:04-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000412 - SURA ALFAKHERI - 971503099433

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: 04-09-2018

Being

Made by   
Sarah Saad

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

# Piercing Consent Form

Clinic Name: ORCHID MEDICAL CENTRE Country: \_\_\_\_\_  
 Clinic Address: SHARJAH  
 Customers Name: SORA ALFAHRI  
 Date of Birth: 1/1/ If under 24 months old, had their vaccination shots:  Y  N  
 Customer Address: SHARJAH 1  
 Mobile: 0503099432  
 Sterilization Lot Number: 

1	A	9	6	1	8	4	8	17
---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Product Code: 

7	5	1	2	0	2	6	0
---	---	---	---	---	---	---	---

  
202710V E-mail: 75220100

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 medication 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/navel 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 myr ~~daughter~~ \_\_\_\_\_ and to the extent permissible by law I willfully 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: 16/6/19

Medical Professional: Boon \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

CLINIC COPY

*Signature done side back*

**7512-0260**  
Stainless  
Bezel 3mm  
Cubic Zirconia

**SYSTEM 75\***  
EAR PIERCING EARRINGS



ENC

Clasps are stainless, gold plated  
ECFDA Compliant

Sterile: Lot Number & EXP:  
**1496184817 NOV2017**  
LOS ANGELES, CA 90048-1514 U.S.A.



0 48675 62500 8

**7522-0100**  
Stainless  
Tuff 4mm  
Cubic Zirconia

**SYSTEM 75\***  
EAR PIERCING EARRINGS



Clasps are stainless, gold plated  
ECFDA Compliant

Sterile: Lot Number & EXP:  
**1516291418 APR2018**  
LOS ANGELES, CA 90048-1514 U.S.A.



0 48675 64100 5

Clinic file copy, keep safe for customer records, attached prc





مركز أوريد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004066)

Date:16-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000412 - SURA ALFAKHERI - 971503099433

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: 16-06-2019

Being **EAR PIERCING + 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 : 1000412 - SURA ALFAKHERI - 971503099433

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