

File No#: 1000454 Date: 21/04/2018  
اسم المريض:  
Patient Name: Shaza Shaker  
Gender (الجنس): M /  F  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 27/08/1990  
Occupation (الوظيفة):  
Nationality (الجنسية): Syria  
Phone No. (رقم الهاتف): 056-5003460  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married.  
: MAIL: \_\_\_\_\_  
How Did You Know About Us? \_\_\_\_\_

### التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

\*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟  
1 - دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار  
2 - دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار  
3 - قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار  
4 - نادرة الاحترق , 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 (الهريس) أو بثور الحصى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم  لا
- 4- هل تناولت عقار "الأكوتان / الايسوترتينونين " خلال الست أشهر الماضية؟ 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 سندس سائلر بقومي 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 إنباء 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 , التنتف , الكريمات , وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

تقد 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 التنتف 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 ستتلاشى 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**

Non-Modifiable Data (SF3)  
 Modifiable Data (SF5)  
 Holder Signature Image (SF7)  
 Photography  
 Home Address  
 Work Address

**Valid Signature?**

False  
 False  
 False  
 False  
 False  
 False

**Card Holder Information**

|                        |                          |                          |                           |                          |                 |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------|
| <b>Name</b>            | Shaza,Abdullatif,,Shaker | <b>IDN:</b>              | 784199021515376           | <b>Mother Name:</b>      |                 |
| <b>Name (Ar)</b>       | شذى عبداللطيف,,شكر       | <b>Card Number:</b>      | 085309544                 | <b>Mother Name (Ar):</b> |                 |
| <b>Title:</b>          |                          | <b>Nationality:</b>      | SYR                       | <b>Family ID:</b>        |                 |
| <b>Title (Ar):</b>     |                          | <b>Nationality (Ar):</b> | الجمهورية العربية السورية |                          |                 |
| <b>Issue Date:</b>     | 12/09/2017               | <b>Sex:</b>              | F                         | <b>Sponsor Type:</b>     | 03              |
| <b>Expiry Date:</b>    | 13/08/2019               | <b>Date of Birth:</b>    | 27/08/1990                | <b>Sponsor Name:</b>     | ثائر جميل ديوان |
| <b>Marital Status:</b> | 02                       | <b>Husband IDN:</b>      |                           | <b>Sponsor Number:</b>   | 05062695        |
| <b>Residency Type:</b> | 03                       | <b>Residency Number:</b> | 20120163092645            | <b>Residency Expiry:</b> | 13/08/2019      |
| <b>ID Type:</b>        | IL                       | <b>Occupation:</b>       | 99                        | <b>Occupation Field:</b> | 00              |



Photo

Signature Image

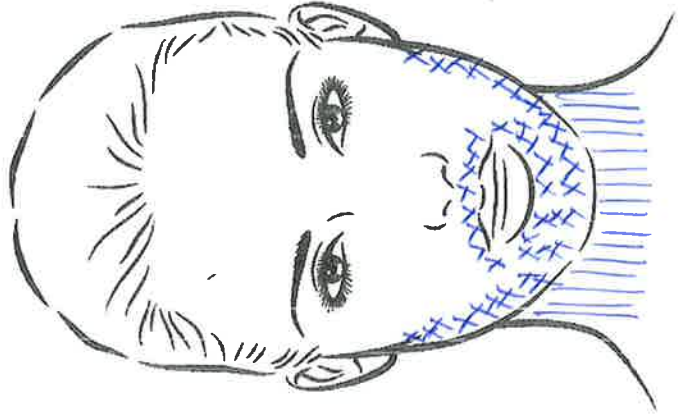
<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

4/21/2018

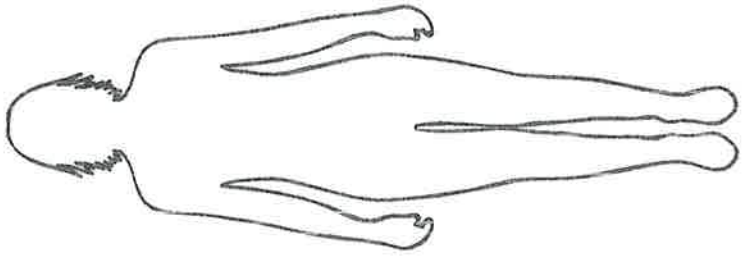
Circle areas to be treated:

Other \_\_\_\_\_

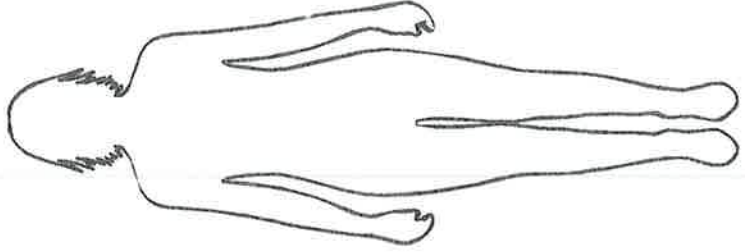
START TIME : 3 PM  
END TIME : 3:10 PM



Front



Back





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

|  |                                 |                  |
|--|---------------------------------|------------------|
| AED 250.00   | RECEIPT VOUCHER (No.REC-000510) | Date:22-04-2018  |
| Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000454 - SHAZA SHAKER - 971565003460   |                                 |                  |
| The sum of Dhs. <b>Two Hundred Fifty Only</b>  |                                 |                  |
| By Cash <b>250.00</b> / By Credit Card <b>0.00</b> / By Cheque <b>0.00</b> / By Bank Transfer <b>0.00</b> / By Allocated <b>0.00</b> |                                 |                  |
| Bank:  | Cheque No.                      | Date: 22-04-2018 |
| Being  |                                 |                  |
| Issued 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)





precisely Kindly Answer the following questions

|  |   |
|--|---|
| 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 , 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 جدره؟ نعم / لا  |
| Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No | هل ظهر لديك حلا بسيط 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 الاكوتان/ الايسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا                  |
| Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes/ No  | هل استخدمت ريتين أي 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 بتف 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? Yes / No              | متى كانت آخر 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 أي 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 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 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 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 ..... بالموافقة على إجراء إزالة الشعر بالليزر في مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.  
أفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعطّل قدرتها على انماء الشعر. وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتمزام المرضي بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف والشمع والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكي و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر.  
أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير 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.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و المساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكوتان خلال الست اشهر الماضية أو اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أفهم أنه برغم التعبير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

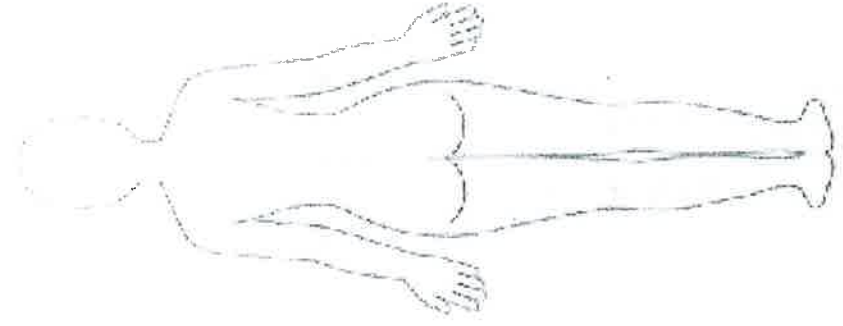
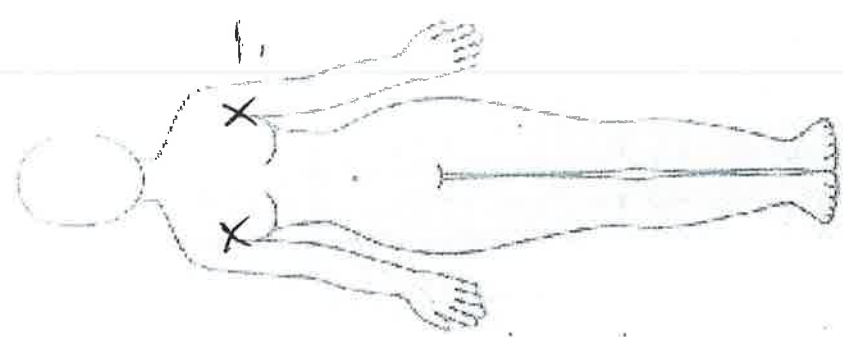
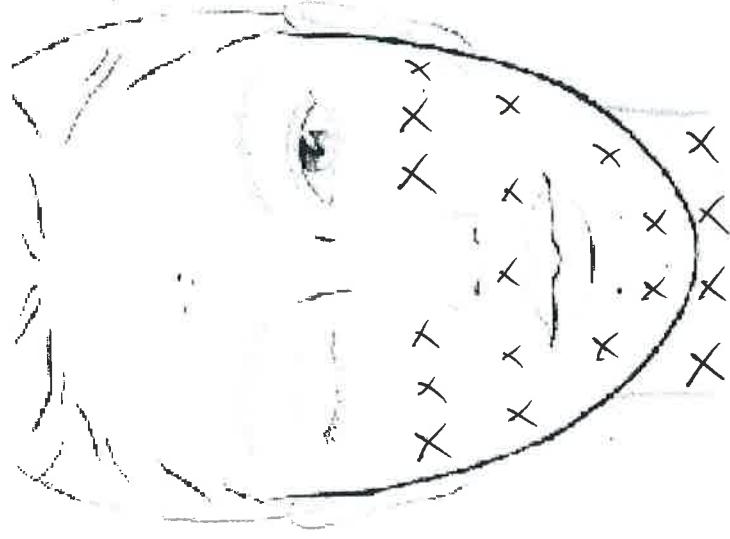
الأعراض الجانبية  
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نفس أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيتحت لي الفرصة للإستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت القائمة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ  
... / ... / .....

Patient's Name: Shaza Shaker ..... اسم المريض: شاذة شكير  
 File Number: ..... رقم الملف: 1000454  
 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 | 25/07/19         | 25/08/19   | 26/09/19      | 27/10/19         | 03/12/19      | 18/1/20          |
| Treatment Area | half face + neck | Same       | H FACE + neck | half face + neck | Same          | 1/2 face axilla. |
| Hair Type      | U.A              |            | U.A           | U.A              |               | Alex - 20.       |
| Mode           | face-ALEX        | face-ALEX  | ALEX 20       | Alex 20.         | Alex 20.      | 9/12ms           |
| Fluence        | U.A - YAG        | 7J/12ms    | 8/11ms        | 8J/10.5-face     | 8J/10ms face  | axilla. 17/15ms  |
| Pulse Type     | 7J/18ms          | U.A - YAG  | U.A - YAG     | U.A - YAG        | U.A - 7J/10ms | 1 pass           |
| GNT Pulse      | 14J/18ms         | 14J/16.5ms | 14/17ms       | 15J/15ms         |               | Hirudoid         |
| Passes         | 5:10pm           | 5pm        | 5pm           | 5pm              |               |                  |
| Starting Time  | 5:25pm           | A:40pm     |               |                  |               |                  |
| Finish Time    | FULLWORKS        | 5pm        |               |                  |               |                  |
| Post Treatment |                  |            | Hirudoid      | Hirudoid         |               |                  |

Therapist Name and Signature .....





مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 661.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004500)

Date:25-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000454 - SHAZA SHAKER - 971565003460

The sum of Dhs. Six Hundred Sixty-One Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 661.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-07-2019

Being 6 SESSIONS UNDER ARMS OFFER + HALF FACE + 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 : 1000454 - SHAZA SHAKER - 971565003460

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



مركز أوركيڤد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005679)

Date: 27-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000454 - SHAZA SHAKER - 971565003460

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: 27-10-2019

Being **HALF FACE + 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 : 1000454 - SHAZA SHAKER - 971565003460

**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 أوركيڤد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006287)

Date:03-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000454 - SHAZA SHAKER - 971565003460

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: 03-12-2019

Being **HALF FACE + 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 : 1000454 - SHAZA SHAKER - 971565003460

---

**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#: 1000454 Date: 21/04/2018 اسم المريض: \_\_\_\_\_

Patient Name: Shaza Shaker Gender (الجنس):  M /  F

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 27/08/1990 Occupation (الوظيفة): \_\_\_\_\_

Nationality (الجنسية): Syria Phone No. (رقم الهاتف): 0565003460

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married E.MAIL: \_\_\_\_\_

How Did You Know About Us? \_\_\_\_\_

Weight: 88.5kg Height: \_\_\_\_\_ Blood Type: DP-11070mmHg

Chief Complaint: irregular period F 1 year

السجل الطبي Medical History

Diseases: / Medication: /

Allergies: / Pregnancy: Lmp = 5-3-2018

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

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

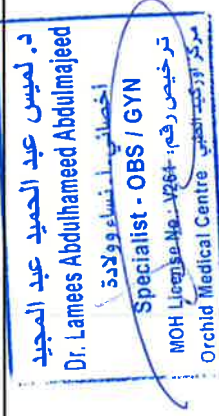
Remarks: / 63

Clinical Findings: /

Radiography: /

Examination: W/S → Balth stones → mild pcos  
thick endom. 12mm

Diagnosis: pcos





### 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 أسمح 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 التخصصات و الاجراءات الطبية الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا اتفهم 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 الطبية.

أتفهم انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما تفهم 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 اني امتلك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الاقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الاقرار.

توقيع المريض / الوصي: 

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:



DOCTOR NOTE

21-08-2018

CC: missed period for 15 days

LMP: 15-03-2018

UTZ: both ovaries  $\text{N}^{\circ}$ ? mild PCOS; uterus thick endometrium 12mm

RFI

Treatment: if not pregnant -

- ① Primolut-N 10mg 3x day / 5 days
- ② Folic Acid 1x1 for 30 days
- ③ INO-OVA 2x day for 3 months
- ④ For pregnancy test





**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            | Shaza,Abdullatif,,,Shaker | IDN:                    | 784199021515376 | Mother Name:      |                 |
| Name (Ar)       | شذى عبداللطيف,,,شاهر      | Card Number:            | 085309544       | Mother Name (Ar): |                 |
| Title:          |                           | Nationality:            | SYR             | Family ID:        |                 |
| Title (Ar):     |                           | الجنسية العربية السورية |                 |                   |                 |
| Issue Date:     | 12/09/2017                | (Ar):                   |                 |                   |                 |
| Expiry Date:    | 13/08/2019                | Sex:                    | F               | Sponsor Type:     | 03              |
| Marital Status: | 02                        | Date of Birth:          | 27/08/1990      | Sponsor Name:     | شاهر جميل دعوان |
| Residency Type: | 03                        | Husband IDN:            |                 | Sponsor Number:   | 05062695        |
| ID Type:        | IL                        | Residency Number:       | 20120163092645  | Residency Expiry: | 13/08/2019      |
|                 |                           | Occupation:             | 99              | Occupation Field: | 00              |



Photo

Signature Image

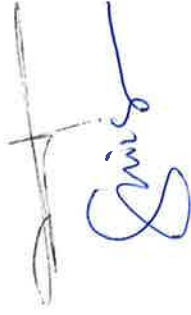


مركز اوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

|  |                                 |                  |
|--|---------------------------------|------------------|
| AED 150.00   | RECEIPT VOUCHER (No.REC-000505) | Date:21-04-2018  |
| Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000454 - SHAZA SHAKER - 971565003460   |                                 |                  |
| The sum of Dhs. <b>One Hundred Fifty Only</b>  |                                 |                  |
| By Cash <b>150.00</b> / By Credit Card <b>0.00</b> / By Cheque <b>0.00</b> / By Bank Transfer <b>0.00</b> / By Allocated <b>0.00</b> |                                 |                  |
| Bank:  | Cheque No.                      | Date: 21-04-2018 |
| Being  |                                 |                  |
| Made by Ghada  |                                 |                  |

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

www.omc.lae



**TEST REQUEST FORM**

Name: Suzana Suaker  
DOB/Age: 27-08-1990  
Gender:  Male  Female  
Nationality: Syria  
Mob No.:  
E-mail: info@daral.ac  
Report Send to:

Specimen Collection Date: 22-04-19 Time: 14:02 Pm  
Fasting:  Yes  No  
Pregnancy:  Yes  No  
Ref. Doctor: Dr. M.M.  
Ref. Clinic: QATAR MEDICAL CENTER  
Insurance Company:  
Insurance No.:

**Clinical Details :**

| BIOCHEMISTRY   | HORMONES  | CMV (IgM / IgG)   | ALLERGY TESTING   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Albumin S                               | <input type="checkbox"/> 17-OH-Progesterone S                 | <input type="checkbox"/> CRP S                          | <input type="checkbox"/> Allergy (Food / Inhalant / Paediatric) S |
| <input type="checkbox"/> Aldosterone S                           | <input type="checkbox"/> ACTH S                               | <input type="checkbox"/> EBV (IgG / IgM) S              | <input type="checkbox"/> IGE S                                    |
| <input type="checkbox"/> Alkaline Phosphatase S                  | <input type="checkbox"/> Anti-Tg Antibodies S                 | <input type="checkbox"/> H. pylori (Ag / Ab) S/ST       | <b>PROFILES</b>   |
| <input type="checkbox"/> ALT (SGPT) S                            | <input type="checkbox"/> Beta HCG S                           | <input type="checkbox"/> HAV (Total / IgM) S            | <input type="checkbox"/> Anemia Profile I                         |
| <input type="checkbox"/> Amylase (Total / Pancreatic) S          | <input type="checkbox"/> Cotisol (AM / PM / R) S              | <input type="checkbox"/> HBc (IgM) S                    | <input type="checkbox"/> Anemia Profile II                        |
| <input type="checkbox"/> AST (SGOT) S                            | <input type="checkbox"/> DHEA-S S                             | <input type="checkbox"/> HBe (Ag / Ab) S                | <input type="checkbox"/> Antenatal Screen Profile                 |
| <input type="checkbox"/> Bicarbonate (HCO3) S                    | <input type="checkbox"/> Estradiol (E2) S                     | <input type="checkbox"/> HBs Ag S                       | <input type="checkbox"/> Diabetes Profile                         |
| <input type="checkbox"/> Bilirubin (Total / Direct / Indirect) S | <input type="checkbox"/> Estradiol (E2) S                     | <input type="checkbox"/> HBs Ab S                       | <input type="checkbox"/> Double test Profile                      |
| <input type="checkbox"/> BNP S                                   | <input type="checkbox"/> FSH S                                | <input type="checkbox"/> HIV Combi S                    | <input type="checkbox"/> Fertility Profile- Female                |
| <input type="checkbox"/> Calcium (Total / Ionized) S             | <input type="checkbox"/> Growth Hormone S                     | <input type="checkbox"/> HSV I (IgG / IgM) S            | <input type="checkbox"/> Fertility Profile- Male                  |
| <input type="checkbox"/> Chloride S                              | <input type="checkbox"/> Insulin (Fasting / PP1hr/Random) S   | <input type="checkbox"/> HSV II (IgG / IgM) S           | <input type="checkbox"/> General Health Profile                   |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol (HDL / LDL) S               | <input type="checkbox"/> LH S                                 | <input type="checkbox"/> HCV Abs. S                     | <input type="checkbox"/> Hepatitis B Full Profile                 |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol, Total S                    | <input type="checkbox"/> Parathyroid hormone (PTH) EP         | <input type="checkbox"/> IGA / IgG / IgD / IgM S        | <input type="checkbox"/> Hirsutism Profile I                      |
| <input type="checkbox"/> CK S                                    | <input type="checkbox"/> Progesterone S                       | <input type="checkbox"/> Measles (IgG / IgM) S          | <input type="checkbox"/> Hirsutism Profile II                     |
| <input type="checkbox"/> CK-MB S                                 | <input type="checkbox"/> Prolactin S                          | <input type="checkbox"/> Monospot S                     | <input type="checkbox"/> Kidney Function Test                     |
| <input type="checkbox"/> Creatinine S                            | <input type="checkbox"/> SHBG S                               | <input type="checkbox"/> RF S                           | <input type="checkbox"/> Lipid Profile I                          |
| <input type="checkbox"/> Creatinine Clearance S/24h              | <input type="checkbox"/> T3 (Free / Total) S                  | <input type="checkbox"/> Rubella (IgG / IgM) S          | <input type="checkbox"/> Lipid Profile II                         |
| <input type="checkbox"/> Ferritin S                              | <input type="checkbox"/> T4 (Free / Total) S                  | <input type="checkbox"/> Toxoplasma (IgG / IgM) S       | <input type="checkbox"/> Liver Function Test                      |
| <input type="checkbox"/> Folate (Folic Acid) S                   | <input type="checkbox"/> TBG S                                | <input type="checkbox"/> TPHA S                         | <input type="checkbox"/> Menopausal Profile                       |
| <input type="checkbox"/> GGT S                                   | <input type="checkbox"/> Testosterone (Free / Total) S        | <input type="checkbox"/> Vericella Zoster (IgG / IgM) S | <input type="checkbox"/> Osteoporosis Profile                     |
| <input type="checkbox"/> Glucose ( Fasting / Random / PP) NF     | <input type="checkbox"/> Thyroglobulin (Tg) S                 | <input type="checkbox"/> VDRL S                         | <input type="checkbox"/> Ovarian Function Profile                 |
| <input type="checkbox"/> Glucose Tolerance Test NF               | <input type="checkbox"/> TSH S                                | <input type="checkbox"/> Widal Test S                   | <input type="checkbox"/> Primary Health Profile                   |
| <input type="checkbox"/> HbA1c E                                 | <b>HAEMATATOLOGY</b>  | <input type="checkbox"/> Microbiology                   | <input type="checkbox"/> Prostate Profile                         |
| <input type="checkbox"/> Iron S                                  | <input type="checkbox"/> APTT C                               | <input type="checkbox"/> Ear Swab C/S SW                | <input type="checkbox"/> Recurrent Abortion Profile               |
| <input type="checkbox"/> LD (LDH) S                              | <input type="checkbox"/> Blood Group E                        | <input type="checkbox"/> Eye Swab C/S SW                | <input type="checkbox"/> Thyroid Profile I                        |
| <input type="checkbox"/> Magnesium S                             | <input type="checkbox"/> CBC E                                | <input type="checkbox"/> Gram Stain S                   | <input type="checkbox"/> Thyroid Profile II                       |
| <input type="checkbox"/> Phosphorus S                            | <input type="checkbox"/> Coomb's Test (Direct / Indirect) E/S | <input type="checkbox"/> HVS C/S SW                     | <input type="checkbox"/> TORCH IgM Profile                        |
| <input type="checkbox"/> Potassium S                             | <input type="checkbox"/> D-Dimer C                            | <input type="checkbox"/> Nasal Swab C/S SW              | <input type="checkbox"/> TORCH Ig M Profile                       |
| <input type="checkbox"/> Protein Electrophoresis S               | <input type="checkbox"/> ESR E                                | <input type="checkbox"/> Semen C/S SE                   | <input type="checkbox"/> Triple Test Profile                      |
| <input type="checkbox"/> Protein Total S                         | <input type="checkbox"/> Fibrinogen C                         | <input type="checkbox"/> Stool C/S ST                   | <input type="checkbox"/> Others                                   |
| <input type="checkbox"/> Sodium S                                | <input type="checkbox"/> G6PD E                               | <input type="checkbox"/> Throat Swab C/S SW             | <input type="checkbox"/> Pregnancy test                           |
| <input type="checkbox"/> TIBC S                                  | <input type="checkbox"/> Hb. Electrophoresis E                | <input type="checkbox"/> Urethral Discharge C/S SW      | <input type="checkbox"/> (Qualitative)                            |
| <input type="checkbox"/> Transferrin S                           | <input type="checkbox"/> Lupus Anticoagulants C               | <input type="checkbox"/> Urine C/S U                    |   |
| <input type="checkbox"/> Triglyceride S                          | <input type="checkbox"/> Malaria Smear E                      | <input type="checkbox"/> Urethral Discharge C/S SW      |   |
| <input type="checkbox"/> Troponin S                              | <input type="checkbox"/> Peripheral Blood Smear E             | <input type="checkbox"/> Wet Film (HVS-Urine)           |   |
| <input type="checkbox"/> Urea S                                  | <input type="checkbox"/> PT & INR C                           | <input type="checkbox"/> Wound & Pus C/s SW             |   |
| <input type="checkbox"/> Uric Acid S                             | <input type="checkbox"/> Reticulocytes E                      | <input type="checkbox"/> ZN stain for AFB               |   |
| <input type="checkbox"/> Vitamin B12 S                           | <input type="checkbox"/> Rn. Antibody S                       | <input type="checkbox"/> Occult Blood (Stool) ST        |   |
| <input type="checkbox"/> Vitamin D Total (D2+D3) S               | <input type="checkbox"/> Sickle Cell E                        | <input type="checkbox"/> Rotavirus (Stool) ST           |   |
| <b>TUMOR MARKERS</b>   | <b>SEROLOGY &amp; VIROLOGY</b>                                | <input type="checkbox"/> Stool Routine ST               |   |
| <input type="checkbox"/> AFP S                                   | <input type="checkbox"/> ASO S                                | <input type="checkbox"/> Urine Routine U                |   |
| <input type="checkbox"/> Ca 125 S                                | <input type="checkbox"/> Anti Sperm Antibodies Sg/s           | <input type="checkbox"/> Semen CASA SE                  |   |
| <input type="checkbox"/> CA 15-3 S                               | <input type="checkbox"/> Anti Transglutaminase IgA S          | <input type="checkbox"/> Semen Fructose SE              |   |
| <input type="checkbox"/> CA 19-9 S                               | <input type="checkbox"/> Brucella (IgG / IgM) S               | <input type="checkbox"/> Semen Routine SE               |   |
| <input type="checkbox"/> CEA S                                   | <input type="checkbox"/> Chlamydia Abs. (IgM / IgG) S         | <input type="checkbox"/> Semen Routine SE               |   |
| <input type="checkbox"/> PSA (Free / Total) S                    | <input type="checkbox"/> Chlamydia Ag U/SW                    |   |   |

SW - Swab      S-Serum      E - EDTA blood      U - Urine      C-Citrate Blood  
EP - EDTA Plasma      24U - 24 hrs Urine      NF - Sodium Fluoride      Se - Semen      St. - Stool / Faeces

Specimen Receiving Date: ..... Time .....  AM  PM

Flat 203, Union National Bank Bldg, Al Buhaira Cornish St., Al Majaz, P.O. Box 65238, Sharjah, U.A.E.  
E-mail: info@dhmlab.com      F-mail: info@dhmlab.com      Website: www.dhmlab.com



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

|   |                                 |                  |
|---|---------------------------------|------------------|
| AED 50.00   | RECEIPT VOUCHER (No.REC-000509) | Date:22-04-2018  |
| Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000454 - SHAZA SHAKER - 971565003460  |                                 |                  |
| The sum of Dhs. <b>Fifty Only</b>   |                                 |                  |
| By Cash <b>50.00</b> / By Credit Card <b>0.00</b> / By Cheque <b>0.00</b> / By Bank Transfer <b>0.00</b> / By Allocated <b>0.00</b> |                                 |                  |
| Bank:   | Cheque No.                      | Date: 22-04-2018 |
| Being   |                                 |                  |
| Made by Ghada   |                                 |                  |

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



Name : Shaza Shaker  
 Sex : Female  
 Date Of Birth : 27 Y  
 Referred By : Dr. Eman (Orchid M.C)  
 Receiving Date : APR-22-18 02:55 PM  
 Insurance Company :  
 indication :

Clinic File No. : 1000-454  
 Lab File No. : 1804-03023  
 Lab. Case No. : 35401  
 Clinic Name :  
 Reporting Date : APR-22-18 03:10 PM  
 Insurance No. :

**HORMONES / ENDOCRINOLOGY**

| Test   | Result   | Methodology |
|--|----------|-------------|
| <b>BHCG qualitative</b><br>Sample Type : Serum | Negative |             |

*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 Buhara 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



*Mona*

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

Printed on : APR-22-18 03:10 PM

Final Report  
 Page 1 of 1



مركز أوركيدي الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004845)

Date: 25-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000454 - SHAZA SHAKER - 971565003460

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: 25-08-2019

Being HALF FACE + 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 : 1000454 - SHAZA SHAKER - 971565003460

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 أوركيڤد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005219)

Date:26-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000454 - SHAZA SHAKER - 971565003460

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: 26-09-2019

Being HALF FACE + 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 : 1000454 - SHAZA SHAKER - 971565003460

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

**AED 315.00**

RECEIPT VOUCHER (No. REC-007144)

Date: 18-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000454 - SHAZA SHAKER - 971565003460**

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **315.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 18-01-2020

Being **HALF FACE + UNDER ARMS + 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 : **1000454 - SHAZA SHAKER - 971565003460**

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