

File No#: 1550468

Date: 23/04/18

Patient Name: Mariem al Suwaidi

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 10/07/1987

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): u.a.e

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 050-3373375

E. 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 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 "الأكوتان" / الأيسوترتينونين " 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 صبر/ اشهر السويدي بقدمي إلى مركز أوركييد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أنفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها من الأصابع الموجودة في بصليات الشعر و تعطل قدرتها على إنماء الشعر.

أنفهم 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 , التفت , الكريمات , وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تأقبت التعليمات التالية :-

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

. يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع او التفت 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 ستلاشي 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

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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**

<b>Name</b>	Mariam,Rashid,Abdulla,Almutawa,Alsuwaidi	<b>IDN:</b>	784198781808765	<b>Mother Name:</b>	Hessa Khamis Salem Almutawa
<b>Name (Ar)</b>	مريم راشد عبدالله المطوع السويدي	<b>Card Number:</b>	066566209	<b>Mother Name (Ar):</b>	حصه خميس سالم المطوع
<b>Title</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	ARE الإمارات العربية المتحدة	<b>Family ID:</b>	401009219
<b>Issue Date:</b>	02/01/2014	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	
<b>Expiry Date:</b>	02/01/2019	<b>Date of Birth:</b>	10/07/1987	<b>Sponsor Name:</b>	
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	
<b>Residency Type:</b>		<b>Residency Number:</b>		<b>Residency Expiry:</b>	
<b>ID Type:</b>	ID	<b>Occupation:</b>	10	<b>Occupation Field:</b>	



Photo

Signature Image

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

4/23/2018

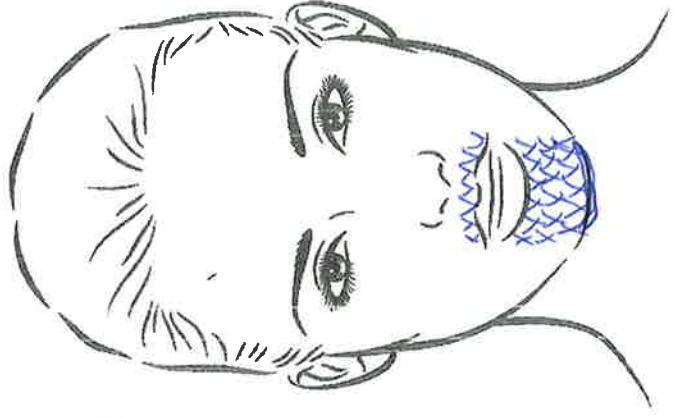


Circle areas to be treated:

Other \_\_\_\_\_

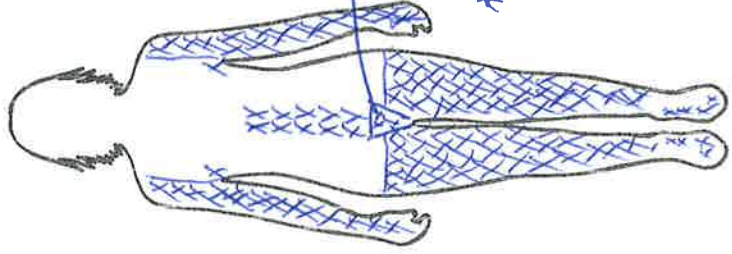
23/4/18

LHR FULL BODY  
START TIME: 4 PM  
END TIME: 6 PM



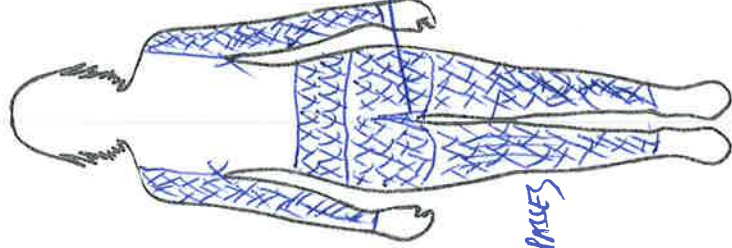
Front

Back



10  $\Delta$  /cm<sup>2</sup>, BURST X2

\* ALL OTHER PARTS  
16  $\Delta$  /cm<sup>2</sup>, BURST X2 PASSES



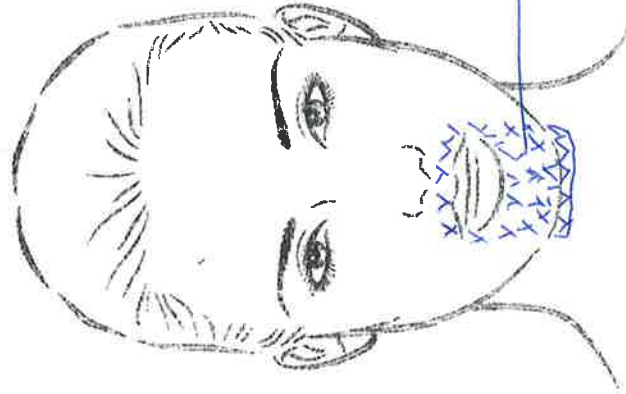
10  $\Delta$  /cm<sup>2</sup>, BURST X2

Circle areas to be treated:

Other

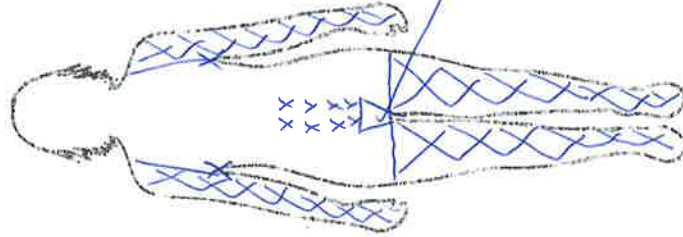
es/6/2018

LHR FULL BODY  
DP MODE + FDP MODE



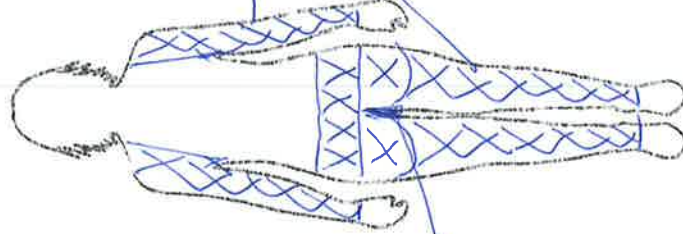
16 J/cm<sup>2</sup>, BURST X 2 PAGES

Front



FDP MODE  
6 J/cm<sup>2</sup>, SHORT, 6 Hz

Back



16 J/cm<sup>2</sup>, BURST X 2 PAGES

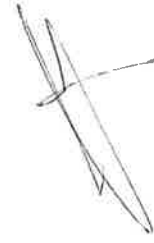


مركز اوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 950.00	RECEIPT VOUCHER (No. REC-000523)	Date: 23-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000468 - MARIAM ALSUWAIDI - 971503373375		
The sum of Dhs. <b>Nine Hundred Fifty Only</b>		
By Cash <b>950.00</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: 23-04-2018
Being		
Made by <b>Ghada</b>		

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

www.omc.lae





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,400.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000821)

Date: 28-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000468 - MARIAM ALSUWAIDI - 971503373375

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

By Cash 1,400.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 28-06-2018

Being

Made by *Gheda*  
Nancy *ST*

*ST*

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

www.omc1.ae



File No#: 1000468 Date: 15/5/18 اسم المريض: \_\_\_\_\_  
 Patient Name: Mariam Al Suwaidi Gender (الجنس): M /  F  
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 10-7-1987 Occupation (الوظيفة): \_\_\_\_\_  
 Nationality (الجنسية): u.a.e Phone No. (الرقم الهاتف): 50-3373375  
 Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married  
 E.MAIL: \_\_\_\_\_  
 How Did You Know About Us? \_\_\_\_\_

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كنت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثياً؟	Yes/No لا/نعم <input checked="" type="radio"/>	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم <input checked="" type="radio"/>	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم <input checked="" type="radio"/>	
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطيت من أي امراض؟	Yes/No لا/نعم <input checked="" type="radio"/>	
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغلق القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	Yes/No نعم / لا <input checked="" type="radio"/>	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No نعم / لا <input checked="" type="radio"/>	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا	Yes/No نعم / لا <input checked="" type="radio"/>	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	Yes/No نعم / لا <input checked="" type="radio"/>	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطيت من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا <input checked="" type="radio"/>	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems بالنسبة لع: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No نعم / لا <input checked="" type="radio"/>	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	Yes/No نعم / لا <input checked="" type="radio"/>	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	Yes/No نعم / لا <input checked="" type="radio"/>	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطيت من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا <input checked="" type="radio"/>	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطيت من مرض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا <input checked="" type="radio"/>	
Other	Other conditions: فيروسات اخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الأبتز، فيروس الحلا البسيط	Yes/No نعم / لا <input checked="" type="radio"/>	

### 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 الموهل.

أتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات 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 العلمية.

أتفهم انه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لتنتج العلاج كما اتفهم 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 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 أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني املاك 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:

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

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

Chief Complaint: Stains on teeth

السجل الطبي Medical History

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

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

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

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

Remarks: Nothing Abnormal

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

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

Examination: Gingivitis & Calculus

Diagnosis: X



REDAD DATA

cAEAI0EBAA83ODQXO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Mariam,Rashid,Abdulula,Almutawa,Alsuwaidi	IDN:	784198781808765	Mother Name:	Hessa Khamis Salem Almutawa
Name (Ar)	مريم رشيد عبد الله المطوع السويدي	Card Number:	066566209	Mother Name (Ar):	حصه خميس سالم المطوع
Title		Nationality (Ar):	ARE	Family ID:	401009219
Title (Ar):		Nationality	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	02/01/2014	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	02/01/2019	Date of Birth:	10/07/1987	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	10	Occupation Field:	



Photo

Signature Image

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

5/15/2018



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

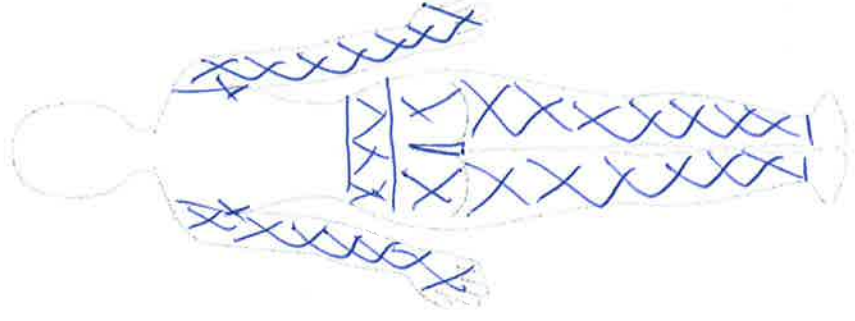
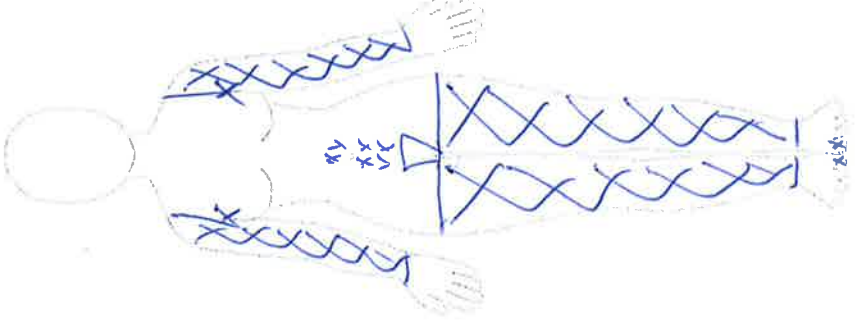
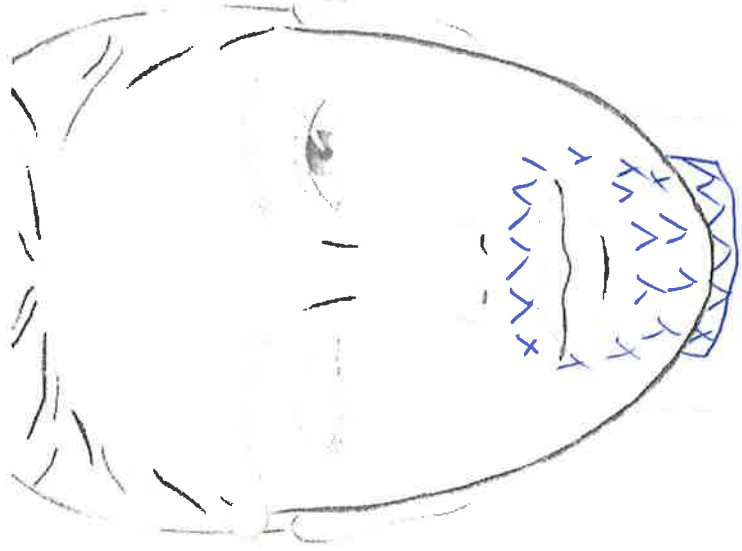
AED 200.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000652)	Date:15-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000468 - MARIAM ALSUWAIDI - 971503373375		
The sum of Dhs. Two Hundred Only		
By Cash 200.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 15-05-2018
Being		
Made by Super-Administrator <i>Chada</i>		

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

[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)

Patient's Name: MARTEM AL-SUNAKTOL  
 File Number: 1900468  
 Pain Relief given? Yes / No

إسم المريض: .....  
 رقم الملف: .....  
 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	26/7/18	6/9/18				
Treatment Area	FULL BODY	FULL BODY				
Hair Type	DRY, COARSE	DRY, COARSE				
Mode	DP1, FDP	DP1, FDP				
Fluence	16J/cm <sup>2</sup> , 5J/cm <sup>2</sup>	16J/cm <sup>2</sup> , 6J/cm <sup>2</sup>				
Pulse Type	BURST SHORT	BURST SHORT				
CNT Pulse	2, 1	2, 1				
Passes	2, 1	2, 1				
Starting Time	4:30 PM	4:30 PM				
Finish Time	6:35 PM	6:35 PM				
Post Treatment						

Therapist Name and Signature MESLE JARNA



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000960)

Date:26-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000468 - MARIAM ALSUWAIDI - 971503373375

The sum of Dhs. One Thousand Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 1,000.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:                      Cheque No.

Date: 26-07-2018

Being AGAINST INVOICE NO : 2048

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

1,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001189)

Date:06-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000468 - MARIAM ALSUWAIDI - 971503373375

The sum of Dhs. One Thousand Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 1,000.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-09-2018

Being AGAINST INVOICE NO :2048

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)**