

File No#: 10005006

Date: 02/05/18

اسم المريض:

Patient Name: SHAIKHA AL NAQBAL

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 20/04/1985

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): UAE

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): متزوجة

Phone No. (رقم الهاتف): 0509688963

E-MAIL: FahadTaha787@gmail.com

How Did You Know About Us? / snapchat

### التاريخ الطبي للعلاج باللذير

\*يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟

1 - دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار

2- دائمة الاحترق , عديدة الاسمرار

3 - قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار

4- نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار

5- بشرة داكنة السمرة

2- هل ظهورة لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟  نعم  لا

3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج؟  نعم  لا

4- هل تناولت عقار "الأكيوتان / الأيسوترتينوين" 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 \_\_\_\_\_ بقدمي إلى مركز أوركييد الطبي / المشاركة 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 , التصف , 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 التصف 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 واستخدام 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**

<b>Name</b>	Shaikha,Saeed,Hamdan,,Meshal Al Naqbi	<b>IDN:</b>	784198583253863	<b>Mother Name:</b>	Aydah Mohamed
<b>Name (Ar)</b>	شبيخة سعيد حمدان ومشل النقيب	<b>Card Number:</b>	0680666663	<b>Mother Name (Ar):</b>	عائده محمد
<b>Title:</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	الإمارات العربية المتحدة	<b>Family ID:</b>	301022196
<b>Issue Date:</b>	07/04/2014	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	
<b>Expiry Date:</b>	07/04/2019	<b>Date of Birth:</b>	20/06/1985	<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>	00



Photo

Signature Image

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

5/2/2018

Circle areas to be treated:

Other \_\_\_\_\_

02/05/2018

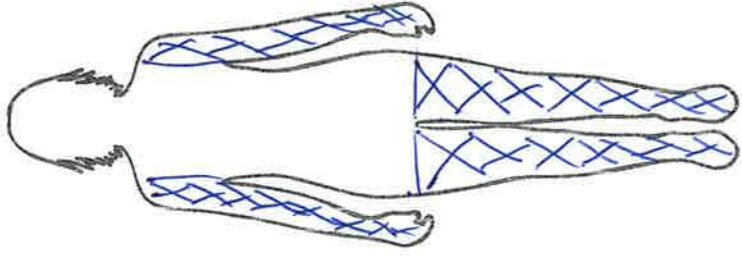
START TIME: 3:45 PM  
END TIME: 6:20 PM

\* NO BIKINI

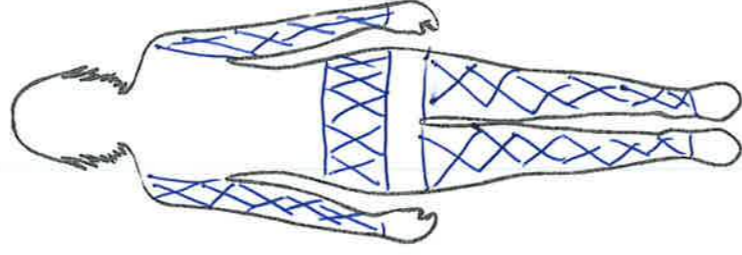
16 J/cm<sup>2</sup>, BURST X 2 PASSES



Front



Back







مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 950.00	RECEIPT VOUCHER (No. REC-000582)	Date: 02-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000506 - Shaikha Alnaqbi - 971509688963		
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: 02-05-2018
Being		
Made by Ghada		

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

File No#: 1000506

Date: 02/05/2018

Patient Name: SHAIKHA AL NABSI

اسم المريض:

Date of Birth (الميلاد): 20/06/1985

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): UAE

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الاحالة الاجتماعية): MARRIED

Phone No. (رقم الهاتف): 0509688963

E.MAIL: FAHADTALAN787@gmail.com

How Did You Know About Us? SHAIKHA

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





مركز أوركيد 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 التخصصات 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 نكر 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 لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماماً كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم 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 أقدّمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني 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: ٢٤/٨/٢٠٢٤

توقيع الطبيب المختص:



For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

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

Chief Complaint: want to a beautiful smile

Medical History السجل الطبي

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

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

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

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

Remarks: Nothing Abnormal

Clinical Findings: Cross Bite Anterior

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

Examination: Nothing Abnormal

Diagnosis: Crowding lower / Discoloration upper

