

File No#: 1000583

Date: 2/05/18

Patient Name: WAFAA CALMAN

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 05/07/1983

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): JORDAN

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0543434398 /

E. MAIL:

0527359992

How Did You Know About Us?

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

\*يرجى الإجابة 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 اي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟

نعم لا

## إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا صفاء بقدمي إلى مركز أوركييد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها من الأصباغ الموجودة في بصليلات 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 , التنتف , الكريمات, وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تاقبت 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 كاملاً 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.

الاعراض الجانبية قد تتضمن احمرار البشرة بما يشبه الحروق. بعض الإنتفاخ والتشقق من الممكن حدوثه هذه الاعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات

مركز أوركييد الطبي - الشارقة - الإمارات العربية المتحدة

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	Wafaa, Ahmad, Suliman, Salman	IDN:	784198330710389	Mother Name:	
Name (Ar)	وفاء احمد سليمان سلمان	Card Number:	079046245	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	29/06/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	20/06/2019	Date of Birth:	05/07/1983	Sponsor Name:	دائرة التعميم السياحي - عمّان
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	40120167013088	Residency Expiry:	20/06/2019
ID Type:	IL	Occupation:	1210	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

5/21/2018

Circle areas to be treated:

Other

21 MAY 2018

LHR FULL BODY WITHOUT FRONT & BACK



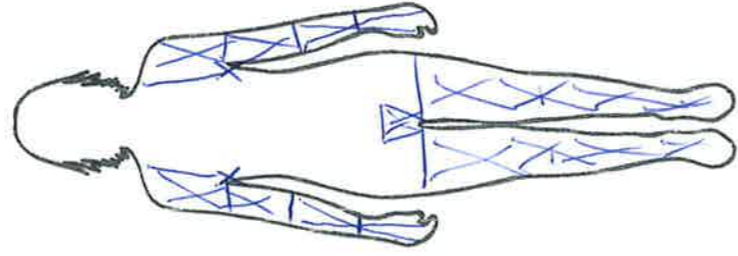
START TIME: 12:50 PM

END TIME: 3 PM

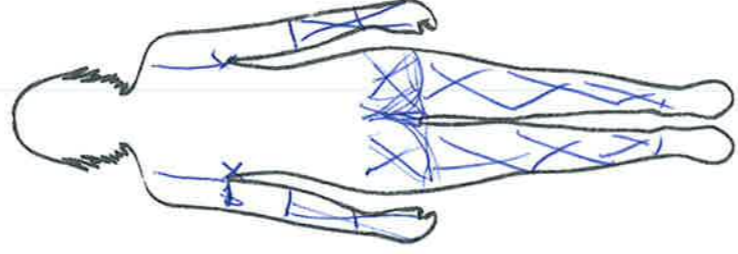
8 J/cm<sup>2</sup>, SHORT, 8 KI

BIKINI - 5 J/cm<sup>2</sup>, SHORT.

Front



Back



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
21/5/18	LHR FULL BODY WITHOUT FRONT & BACK	950.00	1000	Dr. Goran Jabbour Specialist - Radiating Sings 1201, Al-Rasheed Center No. 10, Al-Rasheed Center Doha, Qatar
3/7/18	LHR FULL BODY WITHOUT FRONT & BACK 2850	1200		
11/10/19	LHR Full Body	1000		Dr. Wesam Marwan Al Tabbagha Specialist Dermatology specialist مركز اوركيد الطبي 1826 Al-Rasheed Center Doha, Qatar
5/2/19	LHR FULL BODY			
15/05/19	LHR Full Body (DEKA)			
15/9/19	LHR full body			
9/12/19	LHR full body			

Dr. Goran Jabbour  
Specialist - Radiating Sings  
1201, Al-Rasheed Center  
No. 10, Al-Rasheed Center  
Doha, Qatar

Dr. Wesam Marwan Al Tabbagha  
Specialist  
Dermatology specialist  
مركز اوركيد الطبي  
1826  
Al-Rasheed Center  
Doha, Qatar

Dr. Wesam Marwan Al Tabbagha  
Specialist  
Dermatology specialist  
مركز اوركيد الطبي  
1826  
Al-Rasheed Center  
Doha, Qatar

Dr. Wesam Marwan Al Tabbagha  
Specialist  
Dermatology specialist  
مركز اوركيد الطبي  
1826  
Al-Rasheed Center  
Doha, Qatar



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 950.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000668)	Date:21-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000583 - WAFAA SALMAN - 971543434398		
The sum of Dhs. Nine Hundred Fifty Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 950.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 21-05-2018
Being		
Paid 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)



Circle areas to be treated:

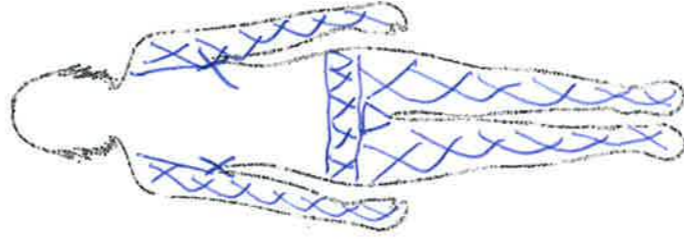
Other

3/7/2018

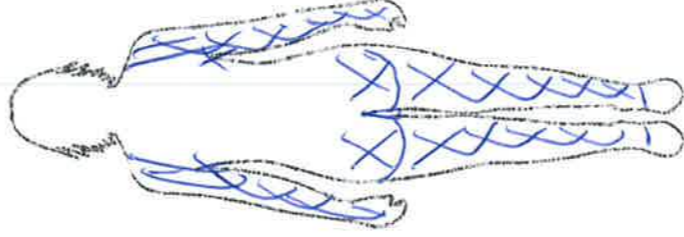


like full body WITHOUT  
FRONT & BACK  
(end session)

Front



Back





مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000843)

Date:03-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000583 - WAFAA SALMAN - 971543434398

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,200.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **03-07-2018**

Being

Made by **Ghada**

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

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





مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001429)

Date:11-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000583 - WAFAA SALMAN - 971543434398


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

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

Bank: Cheque No.

Date: 11-10-2018

Being AGAINST INVOICE NO 2066

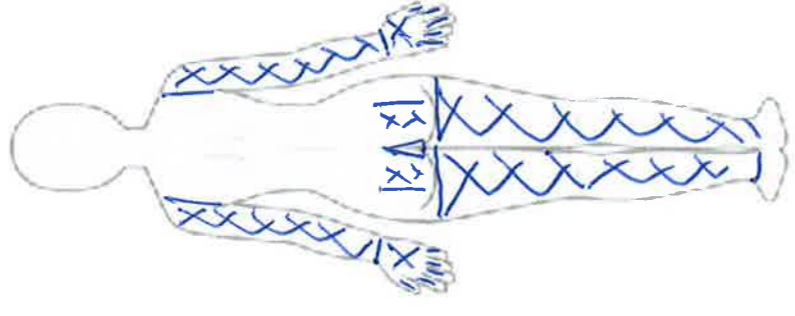
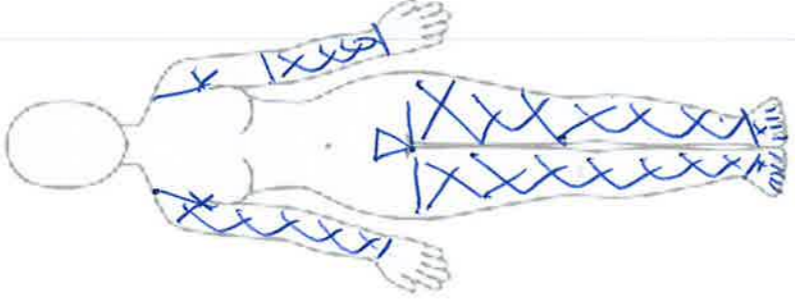
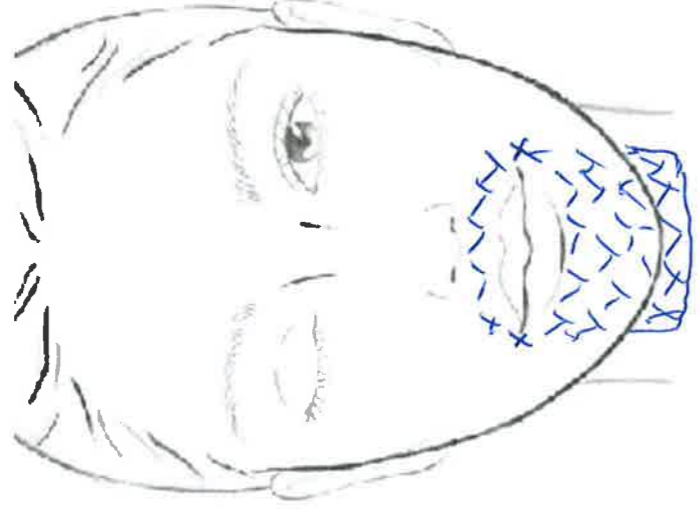
Made by  Ghada

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

WAFAT SAMMAN

Patient's Name: .....  
 File Number: 1000583 .....  
 Pain Relief given? Yes / No .....

اسم المريض: .....  
 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	11/10/18	5/12/19	15/5/19	15/9/19	9/12/19	
Treatment Area	Full Body	Full Body	Full Body	Full Body	Full Body	
Hair Type	Dark, coarse	M/DARK	M/DARK	M/DARK	M/D	
Mode	DPI, FDP	DPI / FDP	RALEX	Alex 20	DPI FDP	
Fluence	20 J/cm²	22 J	23 ms	8   12-15	28 J/cm²	
Pulse Type	SHORT	7J	7J	8   12-15	28 J/cm²	
CNT Pulse				Bikini 13   16 ms		
Passes	21	2	1			
Starting Time	4:30 PM	3:45 PM	3:45 PM	3:30 PM	3:15 PM	
Finish Time	6:40 AM	6:15 PM	5:20 PM	5 PM	5 PM	
Post Treatment				Handled	Handled	

Therapist Name and Signature .....  
 B. BASSIE



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

792.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002551)

Date:05-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000583 - WAFAA SALMAN - 9715434398

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 792.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:                      Cheque No.

Date: 05-02-2019

Being AGAINST INVOICE NO : 2066

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)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003689)

Date: 15-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000583 - WAFAA SALMAN - 9715434398

The sum of Dhs. Eight Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 892.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date: 15-05-2019

Being FULL BODY LHR + 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 : 1000583 - WAFAA SALMAN - 9715434398

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005106)

Date:15-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000583 - WAFAA SALMAN - 971543434398

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: 15-09-2019

Being FULL BODY DEKA + EAR PIERCING + 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 : 1000583 - WAFAA SALMAN - 971543434398

**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 787.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006435)

Date:09-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000583 - WAFAA SALMAN - 9715434398

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 787.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-12-2019

Being FULL BODY + 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 : 1000583 - WAFAA SALMAN - 9715434398

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