

File No#: 1000592 Date: 23/5/2018  
اسم المريض:  
Patient Name: Maittha Al Salim Gender (الجنس): M / F  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 25/3/1998 Occupation (الوظيفة):  
Nationality (الجنسية): U.A.E. Phone No. (رقم الهاتف): 0503050650  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Singel  
E-MAIL: \_\_\_\_\_  
How Did You Know About Us? Friends

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 ظهوره لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ لا نعم لا
- 3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ لا نعم لا
- 4- هل تناولت عقار "الأكيوتان / الإيسوترتينوين" خلال الست أشهر الماضية؟ لا نعم لا
- 5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهاليدروكوبونون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟ لا نعم لا

## إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا حمزة محمد سالم بقدمي إلى مركز أوركيد 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 كالحقن ، النتف ، الكريبات، وازالة 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 تقادي إزالة الشعر بالشمع او النتف قبل العلاج ب6 أسابيع على الاقل.

. 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.

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 ونادراً ما تدوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام واقيات الشمس.

Circle areas to be treated:

Other \_\_\_\_\_

23 MAY 2018



1.5 KJ F.S./cm<sup>2</sup>  
G #2

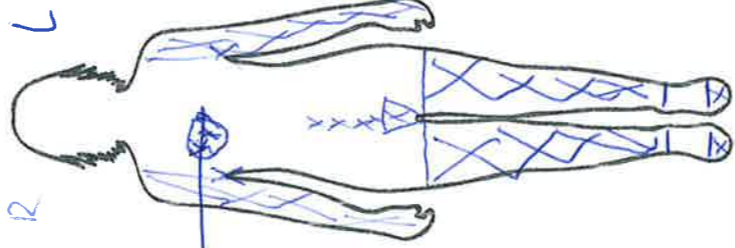
THE FULL BODY  
POP MODE

START TIME: 9PM

END TIME: 11:25 PM

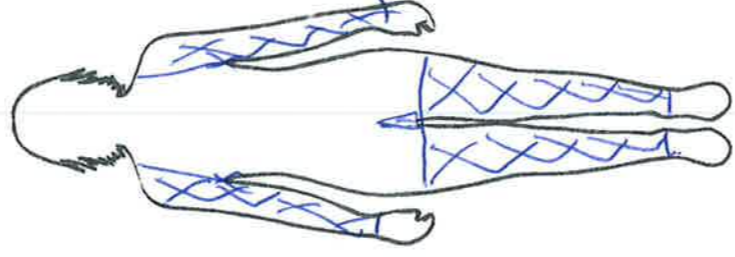
"PATIENT WITH 'PIGMENTATION'  
FROM PREVIOUS LASER SESSION"  
FROM COSMOHEALTH

Front



WITH COFFEE  
BURNS

Back





REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO\*

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	Maitha,Mohamed,Salim,Sharida,Alsalim	IDN:	784199864028396	Mother Name:	
Name (Ar)	مينا، محمد، سالم، شريدا، السليم	Card Number:	084783858	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	301016312
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	07/08/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	22/02/2022	Date of Birth:	25/03/1998	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	09	Occupation Field:	00

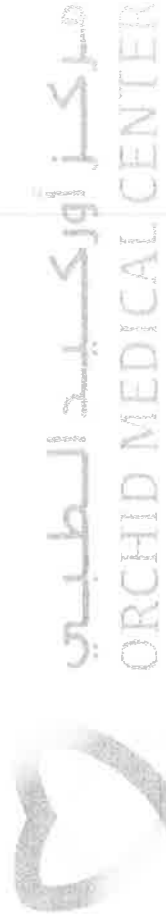
Photo



Signature Image

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

5/23/2018



AED 1,917.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000679)	Date:23-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000592 - MAITHA MOHAMED - 971503050650		
The sum of Dhs. One Thousand Nine Hundred Seventeen Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 1,917.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 23-05-2018
Being		
Made by Ghada		

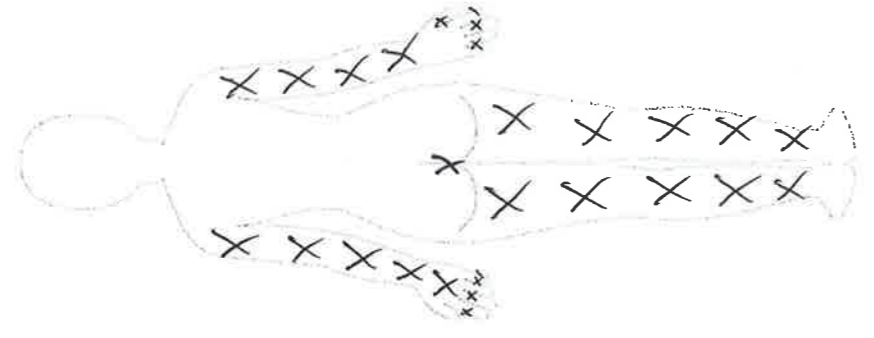
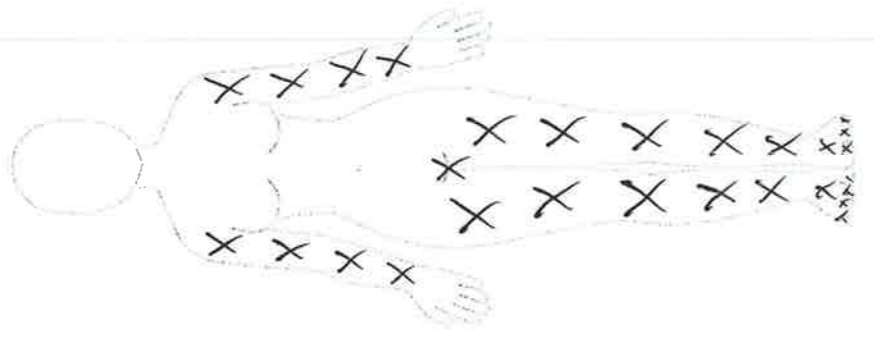
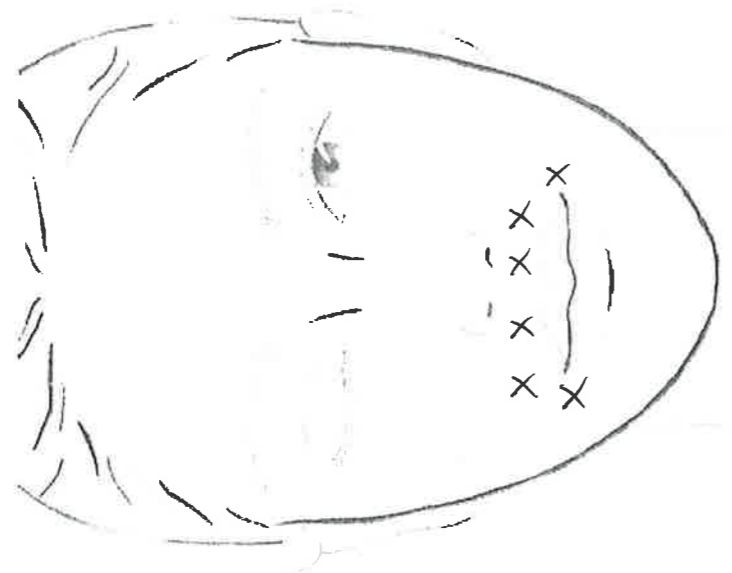
Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae

www.omc1.ae

Maitha

Patient's Name: Martha Al Salim  
 File Number: .....  
 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	25-08-18	5/2/19	9/06/19			
Treatment Area	Full body	Full Body	Same			
Hair Type	Coarse	SOFT/DARK	Same			
Mode	DPI	ALEX/YAG	ALEX/YAG			
Fluence	16-18 J/cm <sup>2</sup>	7/13	16/15			
Pulse Type	BURST		6J/10			
CNT Pulse			16/15-20			
Passes	2	1				
Starting Time	6:30pm	10:45pm	3pm			
Finish Time	8:40pm	11:45pm	4:15pm			
Post Treatment						

Therapist Name and Signature [Signature]





مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

17.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001123)

Date:25-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000592 - MAITHA MOHAMED - 971503050650

The sum of Dhs. Seventeen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 17.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-08-2018

Being

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 أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002539)

Date:05-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000592 - MAITHA MOHAMED - 971503050650

The sum of Dhs. **Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **997.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:           Cheque No.

Date: 05-02-2019

Being

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 أوركيدي الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 910.35

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003996

Date: 09-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000592 - MAITHA MOHAMED - 971503050650

The sum of Dhs.

By Cash 0.00 / By Credit Card 910.35 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

g ADVANCE FOR FULL BODY LASER 850) + EMLA CREAM 17)+ 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

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

No: REC-004001

Date: 10-06-2019

AED 3,150.00

RECEIPT VOUCHER

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000592 - MAITHA MOHAMED - 971503050650

The sum of Dhs. **Three Thousand One Hundred Fifty Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **3,150.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 3 SESSION CHEMICAL PEEL BIKINI 1500 + 3 SESSION CHEMICAL PEEL UNDER ARM 1500 + 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

**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 3,150.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004338)

Date:07-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000592 - MAITHA MOHAMED - 971503050650**

The sum of Dh. **Three Thousand One Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **3,150.00**

Bank: Cheque No.

Date: **07-07-2019**

Being **3 SESSION CHEMICAL PEEL UNDER ARM + 3 SESSION CHEMICAL PEEL BIKINI + 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 : **1000592 - MAITHA MOHAMED - 971503050650**

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