

File No#: 10005993

Date: 24/05/18

Patient Name: AFIFA HATABI

اسم المريض: Afifa Hatabi

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 06/11/1978

Gender (الجنس): M / F ✓ F

Nationality (الجنسية): Syrian

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single Married

Phone No. (رقم الهاتف): 0907847842

5. MAIL:

How Did You Know About Us? Facebook

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 (الهربس) أو بثور الحمى أو التفريجات في منطقة العلاج ؟ نعم لا

4- هل تناولت عقار "الأكوتان / الايسوترتينين" خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهايدر وكوينون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟ نعم لا

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا Apifa Hatabi 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 بصليات 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 , التنف , الكريمات , 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 تفادي إزالة الشعر بالشمع او التنف 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 ستلاشى 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.

Circle areas to be treated:

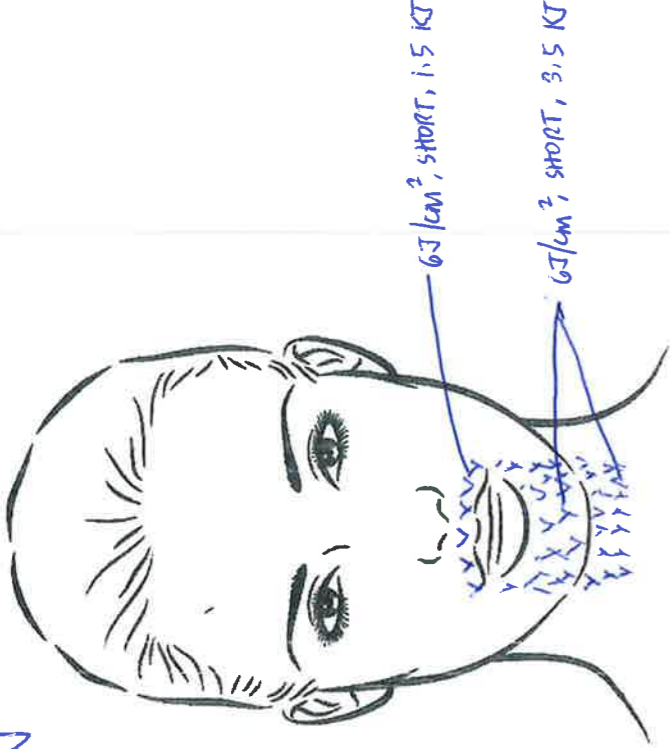
Other _____

24 MAY 2018

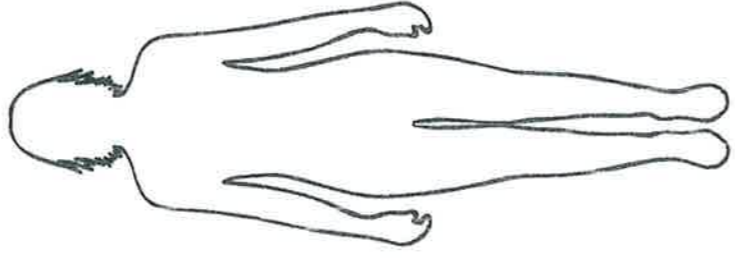
LHR UPPER VIP & CHIN

START TIME: 12:50PM

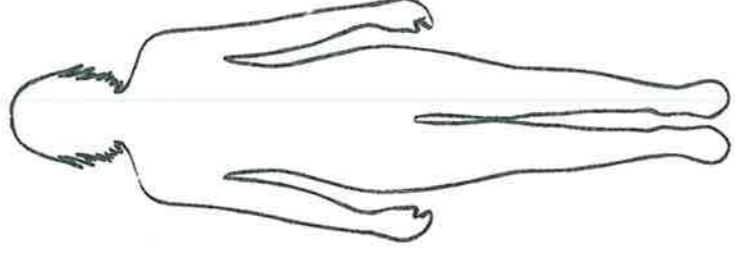
END TIME: 1:00PM



Front



Back



Circle areas to be treated:

Other

LHR UPPER LIP
FDP MODE

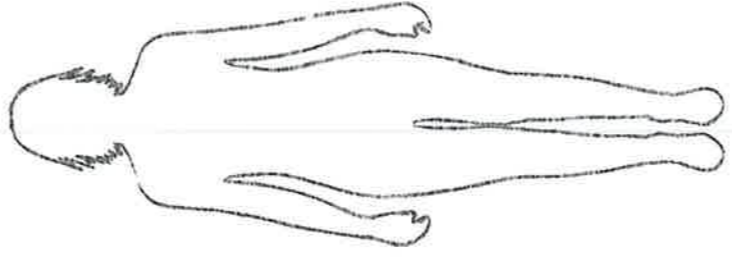
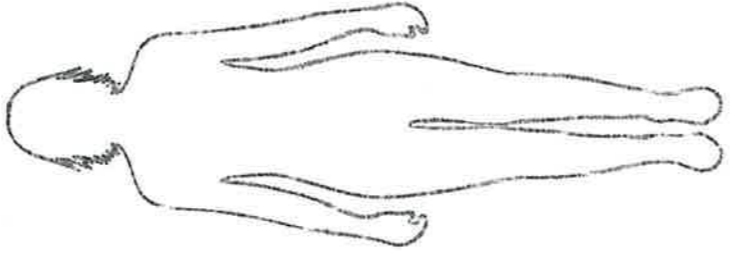
21/6/2018



6.5cm², START, 6Hz


Front

Back



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	SIGNATURE
24/5/18	1HR UPPER LIP & CHIN 6J/cm ² , SHORT, 6Hz	100	
2/10/18	1HR UPPER LIP 6J/cm ² , SHORT, 6Hz	50	
11/11/18	1HR UPPER LIP & CHIN 6J/cm ² , SHORT, 6Hz	100	
19/3/18	1HR UPPER LIP + CHIN (NOYAG)	100	
10/10/18	1HR LIP & CHIN. DPI SHORT 12J	100	
27/11/18	1HR HALF FACE	100	
2/2/19	1HR HALF FACE	150	
2/6/19	1HR half face		

د. وسيم مروان الطباع
Dr. Waseem Marwaf Al Tabbaa
اخصائي جلدية
Dermatology specialist
ترخيص رقم: V026
Orchid Medical Centre

Dr. BALANGEL SIGNATURE
Dr. BALANGEL SIGNATURE
Specialist: Plastic Surgeon
MOH License No.: V2720
Orchid Medical Centre



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 100.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000680)	Date:24-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000593 - AFIFA HATABI - 971507847842		
The sum of Dhs. One Hundred Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 100.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 24-05-2018
Being		
Made by Ghada		

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

51



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000783)

Date:21-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000593 - AFIFA HATABI - 971507847842

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

By Cash 52.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 21-06-2018

Being

Made by *Nada KC*

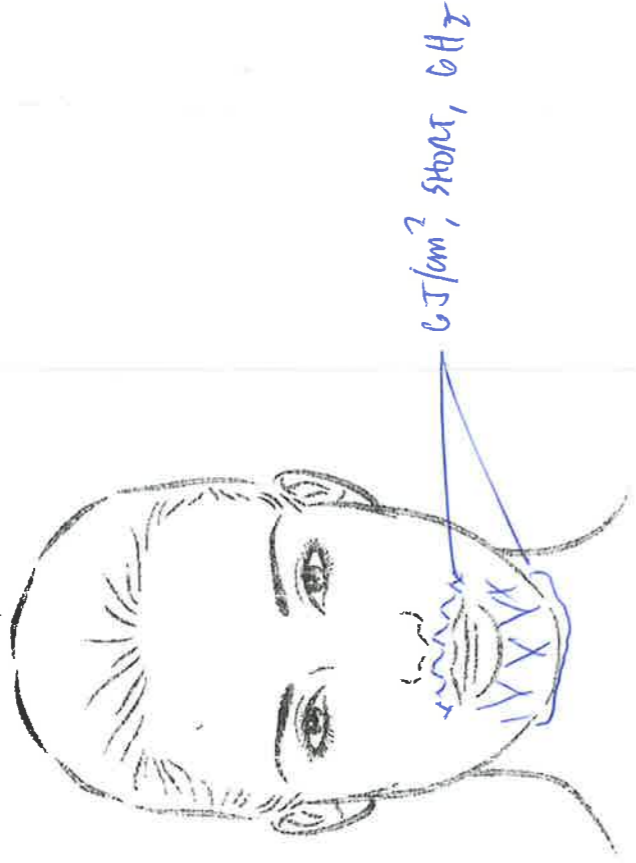
Tel: + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae

Circle areas to be treated:

12 JULY 2018

Other

UPPER LIP + CHIN



Front



Back





مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000895)

Date: 12-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000593 - AFIFA HATABI - 971507847842

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

By Cash 105.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 12-07-2018

Being

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

105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001091)

Date: 19-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000593 - AFIFA HATABI - 971507847842

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

By Cash 105.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 19-08-2018

Being

Made by Ghada

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

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQXO

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	Afifa, Ali, Hatabi	IDN:	784197880592072	Mother Name:	
Name (Ar)	عيفة علي حطبي	Card Number:	089931278	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		الجنسية العربية السورية			
Issue Date:	10/07/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	07/07/2021	Date of Birth:	10/11/1978	Sponsor Name:	مصطفى صلاح الدين الحطبي
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	05625136
Residency Type:	03	Residency Number:	30120003001529	Residency Expiry:	07/07/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/19/2018

Patient's Name: **AFIFA HATTASI**

File Number: **1000593**

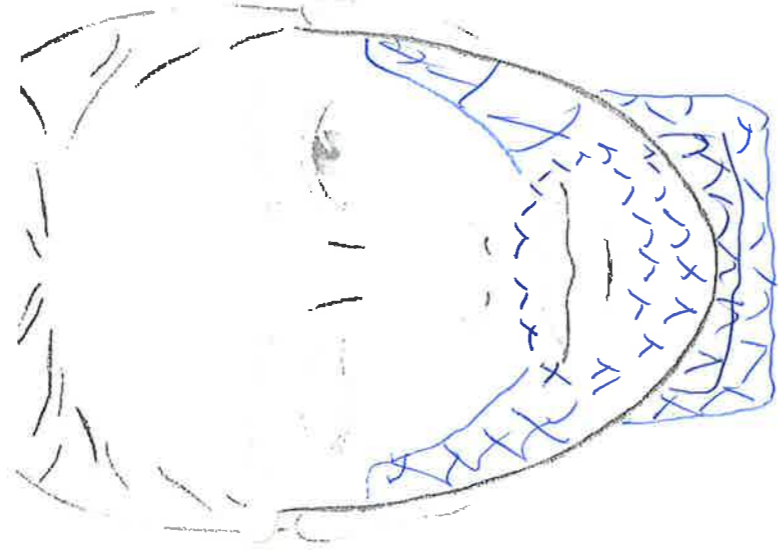
Pain Relief given? Yes / No Yes No

رقم الملف

اسم المريض

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No Yes No



Treatment Date	Treatment Area	Hair Type	Mode	Fluence	Pulse Type	CNT	Passes	Starting Time	Finish Time	Post Treatment
19/8/18	UPPER LIP + CHIN	DARK, COARSE	NBYK6	18 J/cm ²	10	1	1	1:40 PM	1:50 PM	
29/11/18	HAIR FREE	MEDIUM	DPI	16 J/cm ²	SHORT	2	2	10:30 AM	11 AM	TRANSIT
21/2/19	HAIR FREE	SOFT	ALEX	8 J/1/2		1	1	5:55 PM	6:05 PM	FLUORANT
2/6/19	1/2 face	SOFT	ALEX	8 J/10		1	1	8:20 PM	8:45 PM	hair

DEKA

VICINI

Session 4

Session 3

Session 2

Session 1

Session 6

Session 5

Therapist Name and Signature: **Ashraf Jamin**



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001847)

Date:29-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000593 - AFIFA HATABI - 971507847842

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

By Cash 7.50 / By Credit Card 150.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 29-11-2018

Being

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

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001411)

Date:10-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000593 - AFIFA HATABI - 971507847842

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

By Cash 105.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 10-10-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوريكيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002720)

Date: 21-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000593 - AFIFA HATABI - 971507847842

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **157.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 21-02-2019

Being **HALF FACE LASER + VAT**Made by **Hiba**

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



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003928)

Date:02-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000593 - AFIFA HATABI - 971507847842

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

By Cash **157.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 02-06-2019

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 : 1000593 - AFIFA HATABI - 971507847842

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