

File No#: 1000594 Date: 26/5/2018
اسم المريض: _____
Patient Name: Magdon Sultan
Gender (الجنس): M / F
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 17-3-1992
Occupation (الوظيفة): _____
Nationality (الجنسية): Saudi
Phone No. (رقم الهاتف): 0543033349
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single
5. MAIL: ~~bb@top@kafmail.com~~
How Did You Know About Us? InstiYam

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟ شاحبة
1 - دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار المعتدلة قليلا
2- دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار المعتدلة قليلا
3 - قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
4- نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
5- بشرة داكنة السمرة
2- هل ظهوره لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ لا
3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ لا
4- هل تناولت عقار "الأكيوتان / الأيسوترتينوين" خلال الست أشهر الماضية؟ لا
5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكوينيون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟ لا

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا د. محمد بن العلي بقدمي 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 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 اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وأنا على علم بالطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق , النتف , الكريمات , وإزالة بالشع 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 لتقادي زيادة الأعراض الجانبية.

. يجب تقادي إزالة الشعر بالشع او النتف 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.

Circle areas to be treated:

Other _____

26 MAY 2018

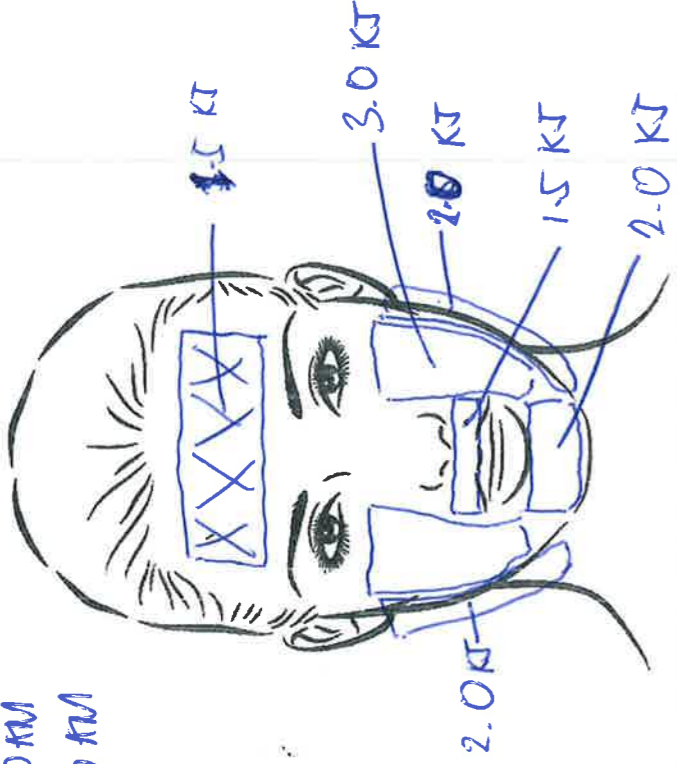
START TIME : 10:10 AM

END TIME : 10:30 AM

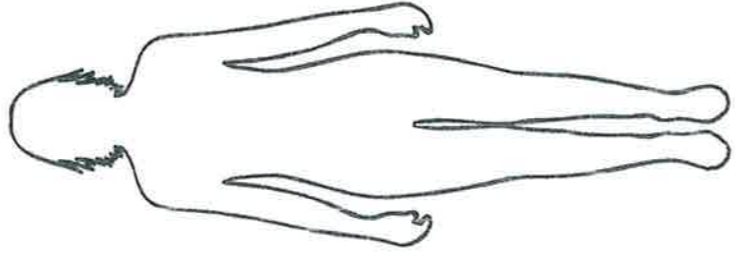
FDP MODE

5 J/cm² SHORT

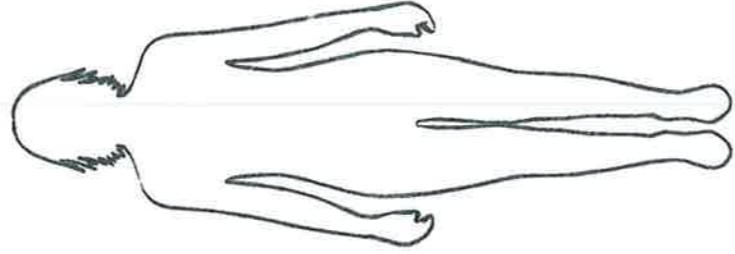
PWL = 6 Hz



Front



Back



REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQXO*

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	Wajdan,Sultan,M,Alldughailbi	IDN:	784199273075293	Mother Name:	Afaf
Name (Ar)	وجدان بنت سلطان بن محمد بن الدغيلي	Card Number:	087270074	Mother Name (Ar):	عفاف
Title:		Nationality:	SAU	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	السعودية		
Issue Date:	22/01/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	22/01/2023	Date of Birth:	17/03/1992	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	IR	Occupation:	98	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

5/26/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000681)	Date:26-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000594 - WAJDAN SULTAN - 971543033349		
The sum of Dhs. Two Hundred Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 200.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 26-05-2018
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

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000942)

Date:22-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000594 - WAJDAN SULTAN - 971543033349

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 210.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 22-07-2018

Being

Made by Ghada

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

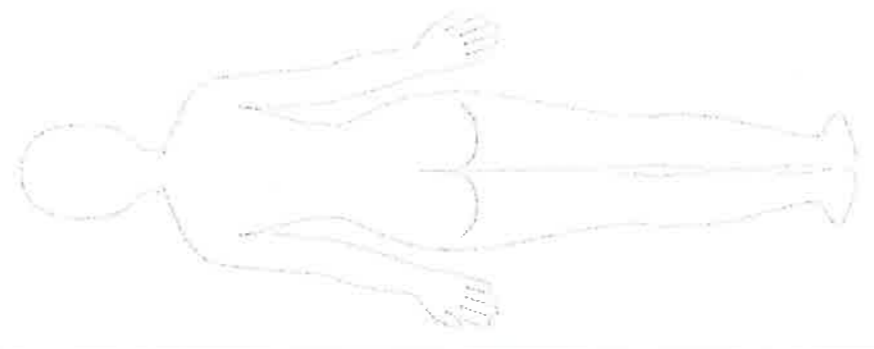
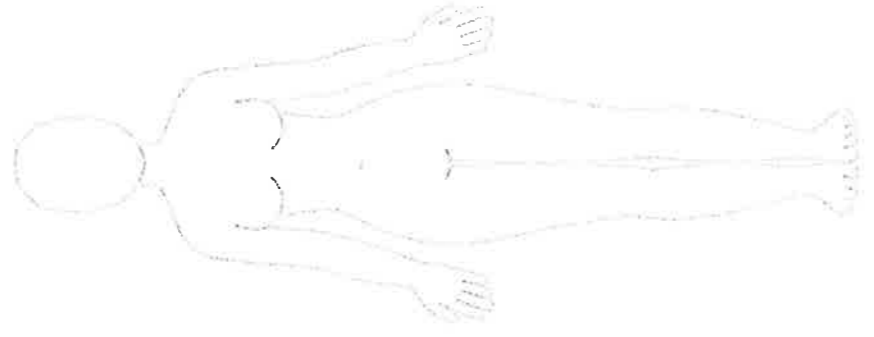
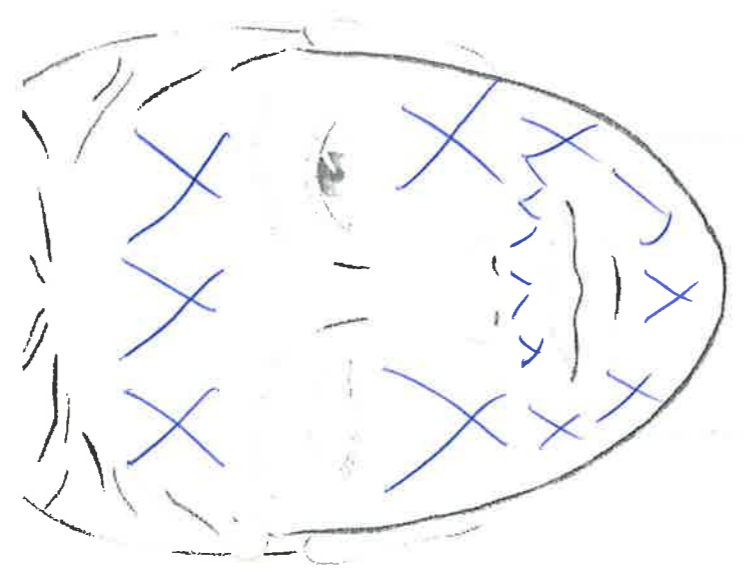
Patient's Name: **WADAN SULTAN**

File Number: **1000594** رقم الملف:

Pain Relief given? Yes / No تسكين الألم:

Evaluation and consent form completed? Yes / No التقييم والموافقة:

Pretreatment photography taken? Yes / No التصوير قبل العلاج:



Treatment Date	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
22/7/18	26/08/19	28/2/19	20/11/18	28/2/19	28/8/19	26/08/19
FULL FACE	FULL FACE	FULL FACE	FULL FACE	FULL FACE	Full face	Full face
Dark, coarse	Dark, coarse	Dark, coarse	Dark, coarse	Dark, coarse	4 pack	Medium/soft
FDP	FDP	DP1	DP1	DP1	Yag (20)	NOYAG
6J/cm ² , 6Hz	6J/cm ² , 6Hz	6J/cm ²	6J/cm ²	6J/cm ²	15/15	15J/15.5
SHORT	SHORT	BURST	BURST	2 PULSES	1	1
Passes	Passes	2	2	1	1	1
7:30 AM	7:30 AM	8:15 PM	8:15 PM	10:30 AM	10:30 AM	8:30 PM
7:45 AM	7:45 AM	8:30 PM	8:30 PM	10:40 AM	10:45 AM	8:45 PM
Post Treatment				FRONT	FRONT	FRONT

Therapist Name and Signature: **MESSE** *Messe*



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001395)

Date:07-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000594 - WAJDAN SULTAN - 971543033349

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 210.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-10-2018

Being

Made by Sana
Ghaida

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001753)

Date:20-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000594 - WAJDAN SULTAN - 971543033349

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 20-11-2018

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

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002782)

Date:28-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000594 - WAJDAN SULTAN - 971543033349

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 210.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 28-02-2019

Being FULL FACE DEKA + VAT

Made by Hiba

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003811)

Date: 27-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000594 - WAJDAN SULTAN - 971543033349

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **210.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 27-05-2019

Being **FULL FACE LHR-DEKA**

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 : 1000594 - WAJDAN SULTAN - 971543033349

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004858)

Date: 26-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000594 - WAJDAN SULTAN - 971543033349

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **210.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 26-08-2019

Being **FULL 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 : 1000594 - WAJDAN SULTAN - 971543033349

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