

File No#: 1000604

Date: 28 MAY 2018

اسم المريض:

Patient Name: HENO ALSEREIDI

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 29/12/1997

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): UAE

Occupation (الوظيفة): _____

Marital Status (الحالة الاجتماعية): uh married

Phone No. (رقم الهاتف): 05661550911

MAIL: henoda.aa@hotmail.com

How Did You Know About Us? _____

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟

1 - دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار

2- دائمة الاحتراق , عديدة الاسمرار

3- قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار

4- نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار

5- بشرة داكنة السمرة

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

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

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

5- هل استخدمت عقار " ريتين اي " أو منتجات حمض الجلاليك أو الهيدروكوينيون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟ لا نعم لا

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا دهند سحر الطير بقدمي إلى مركز أوركيد 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 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 لنفادي زيادة الأعراض الجانبية.

• يجب تقادي 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 عقاقر 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.

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا هند صليحة الحمد بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج
جهاز ليزر ال Q-Switch باستخدام

■ التقشير الكريوني باستخدام لوشن الكريونو يتبعه التقشير بالليزر هو أحد الإستطابات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه، والشذوذ الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، احمرار الجلد، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الحبوب، توسيع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح 5-3 جلسات معظمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكريون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكريون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

- إزالة الوشم بالليزر.
- الأورام الصبغية.
- تشقير الشعر.
- إزالة فطريات الاضافر (الوضع A)
- نير إزالة الكاف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

- تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكروتان) خلال ال6 اشهر الماضية.
- الحمل والرضاعة.



Circle areas to be treated:

Other

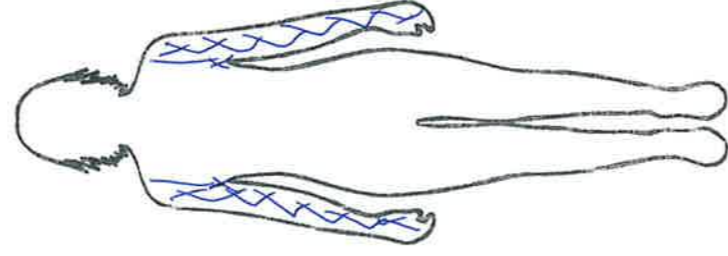
START: 1:30 PM
END: 3:45 PM

28 MAY 2018

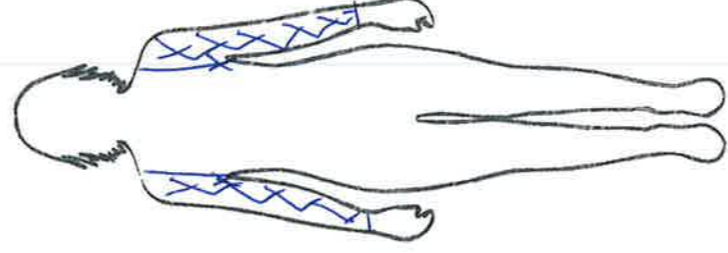


WHR FULL BODY BUT ONLY
FULL ARMS & UNDERARMS ARE
DONE (PATIENT CAME LATE &
DID NOT SHAVE)
> CARBON PEEL + MASK DONE
FDP MODE
5-6 J/cm², SHORT, 6-10 Hz

Front



Back



Circle areas to be treated:

11 JUNE 2018

Other

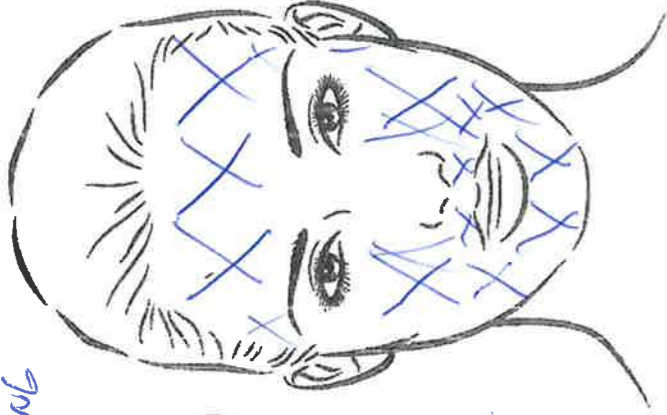
START: 12 NN
END: 1:30 PM

THE FULL BODY REMAINING
PARTS FOR MODE

> FULL LEGS, FACE,
ABDOMINAL AREA (INSTEAD
OF BIKINI AREA)

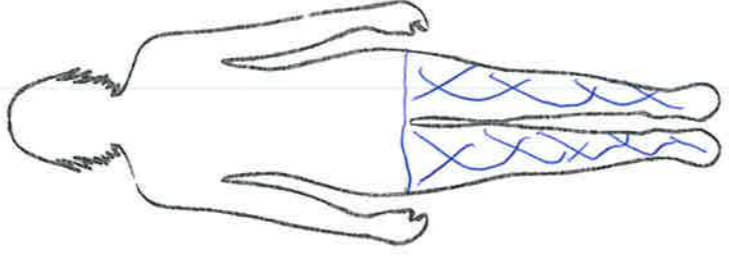
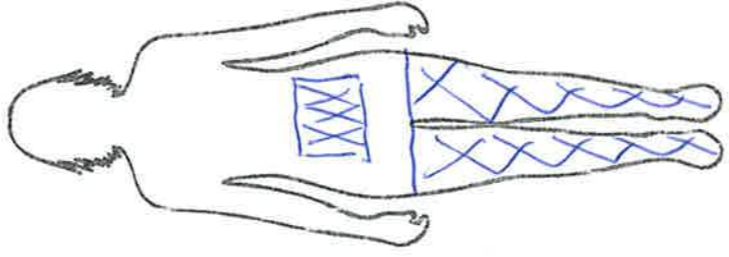
8 J/cm², SHORT, 10 Hz

FACE: 6 J/cm², SHORT, 6 Hz



Front

Back





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,500.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000694)	Date:28-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000604 - HEND ALSEREIDI - 971561550911		
The sum of Dhs. One Thousand Five Hundred Only		
By Cash 1,500.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 28-05-2018
Being		
ade by <i>Aada KC</i>		

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

File No#: 1000604

Date: 28/5/2018

اسم المريض:

Patient Name: HEND ALSEKREIDI

Gender (الجنس): M / F

Date of Birth (التاريخ الميلاد): 29/12/1997

Nationality (الجنسية): UAE

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 056-1550911

E.MAIL:

Instagram

How Did You Know About Us?

	Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كنت الإجابة نعم انظر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حالية؟		Yes/No نعم / لا	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أيستيرويدات 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 تعاني من أي أمراض؟		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، أمراض القلب		Yes/No نعم / لا	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيدات للدم؟		Yes/No نعم / لا	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)		Yes/No نعم / لا	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		Yes/No نعم / لا	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		Yes/No نعم / لا	
	Other (Please specify): Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي موانع للحمل؟ هل تتعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		Yes/No نعم / لا	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		Yes/No نعم / لا	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		Yes/No نعم / لا	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		Yes/No نعم / لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟		Yes/No نعم / لا	
Other	Other conditions: HIV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا النسيجية...etc		Yes/No نعم / لا	

نموذج إقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أفهم ان من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر 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.

أفهم انه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أفهم تماما كفة الأخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي.

أفهم ان هناك رسوم بالأحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و ان جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

ان أي معلومات أقمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا 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:

توقيع الطبيب المختص:

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:



For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: - Height: - Blood Type: -

Chief Complaint: Sealing & Polishing
with Package

السيرال الطبي Medical History

Diseases: - Medication: -

Allergies: - Pregnancy: -

Hospitalization: - Family History: -

Habits: Smoking: Y/N ✓ Alcohol: Y/N ✓ Drugs: Y/N ✓

Remarks: -

Clinical Findings: -

Radiography: -

Examination: -

Diagnosis: Nothing Abnormal, Pt is healthy



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

787.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000753)

Date: 11-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000604 - HEND ALSEREIDI - 971561550911

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: 11-06-2018

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

AED 787.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003208)

Date: 03-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000604 - HEND ALSEREIDI - 971561550911

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 03-04-2019

Being PRP HAIR + 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 : 1000604 - HEND ALSEREIDI - 971561550911

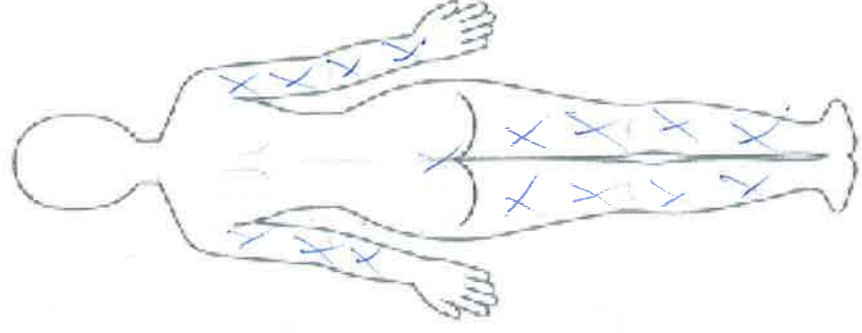
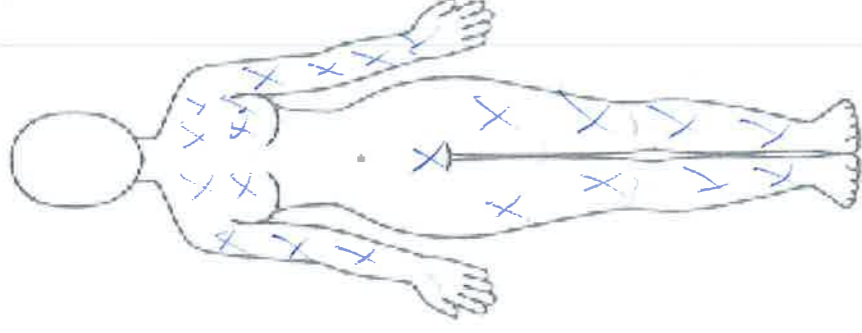
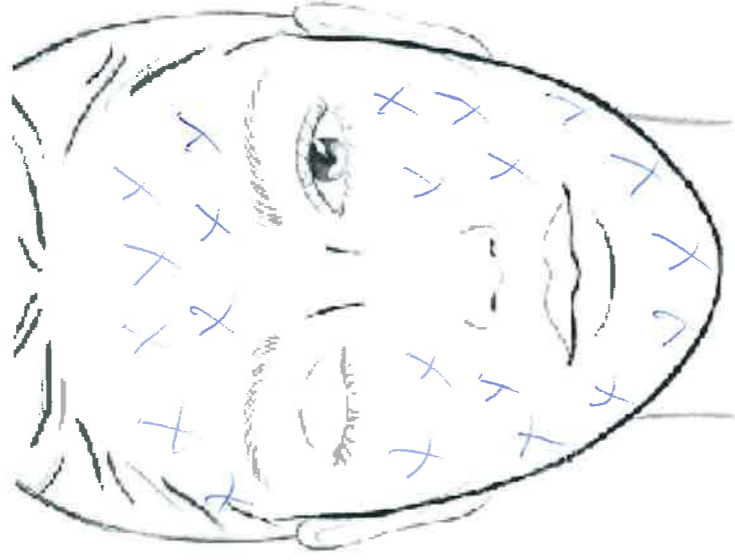
Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae

Hind

Patient's Name: :اسم المريض.....

File Number: رقم الملف..... Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	21/11/19	25/12/19				
Treatment Area	Upper & full body	Same				
Hair Type	thick	Thick				
Mode	Diode	DPI/FDP				
Fluence	20-22J/short					
Pulse Type	FDP-6J	22J/SHORT				
CNT Pulse		6J/SHORT				
Passes	2					
Starting Time	12:45pm	12:20pm				
Finish Time	2pm	1:50pm				
Post Treatment						

R.

Therapist Name and Signature



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 787.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006061)

Date:21-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000604 - HEND ALSEREIDI - 97156150911

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: 21-11-2019

Being LASER FULL BODY 650 PT ADD CHEST 100 + 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 : 1000604 - HEND ALSEREIDI - 97156150911

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 787.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-0066691)

Date: 25-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000604 - HEND ALSEREIDI - 971561550911

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: 25-12-2019

Being 1 session 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 : 1000604 - HEND ALSEREIDI - 971561550911

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