

File No#: 1000618

Date: 12/06/18

Patient Name: SHEROUK SALMAN

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 13/3/1974

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): KSA

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0565683821

٢. MAIL:

How Did You Know About Us? MADAM SUHAD

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 ظهيرة لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ نعم لا

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

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

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

نعم لا

## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا سويح صاجد بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج  
جهاز ليزر ال Q-Switch باستخدام

■ التقشير الكربوني باستخدام لوشن الكربونو يتبعه التقشير بالليزر هو احد الإستطيات 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 3-5 جلسات معظمهم فترة زمنية من 2-4 أسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

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

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الاضافر (الوضع A)

. بير إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكيوتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

United Arab Emirates دولة الإمارات العربية المتحدة  
Driving License رخصة قيادة

رقم الرخصة 982280  
الاسم شروق مطاوع سلطان

الجنسية العراق  
Name Sherouk M. Salman  
Nationality Iraq  
Date of Birth 13/03/1974  
تاريخ الميلاد 25/12/2005  
Issued Date 25/12/2025  
تاريخ الإصدار  
Place of Issue Dubai  
جهة الإصدار دبي

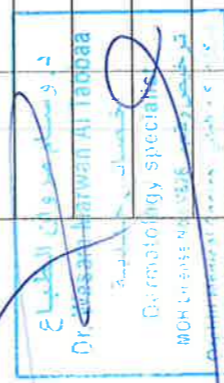
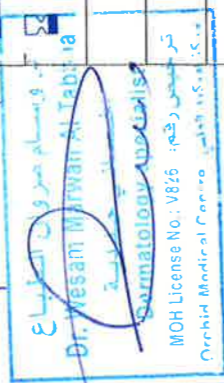
سلطة الترخيص  
rta | 0287  
Licensing Authority



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
12/6/18	CARBON PEEL DONE FR200, Q440, PTP600	300	0	
17/18	CARBON PEEL DONE FR200, Q440, PTP600	300	0	
10/2/2020	1st reads cogs (8) lips filler = 1 syring next app: 17/2/20			
	P: fucidin - Panadol Kainin (0.2)			
17/2/2020	Botox (0.3) next: 24/2: Botox - retouch silla		850	
24/2/2020	dydysport (0.3) retouch lips			





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000761)

Date:12-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000618 - SHEROUK SALMAN - 971565683821**The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **315.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **12-06-2018**

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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000832)

Date: 01-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000618 - SHEROUK SALMAN - 971565683821

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 315.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 01-07-2018

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)

File No#: ١٥٥٥٦١٨ Date: ٣/٦/٢٠١٨  
اسم المريض

Patient Name: Sherouk Salman Gender (الجنس): M /  F

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 1313/1974 Occupation (الوظيفة):

Nationality (الجنسية): Iraq Phone No. (رقم الهاتف): 0565683821

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

E.MAIL:

How Did You Know About Us?  
Mys / Suhad.

Weight: Height: Blood Type:

Chief Complaint:

السجل 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:



مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

### 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:

### نموذج إقرار طبي

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

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

وأنا أتفهم أن 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.

أفرض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و الطبية.

أتفهم أنه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لتتائج العلاج كما أتفهم ان هنالك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماماً كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

إن أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني امتالك 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:



DOCTOR NOTE

CONSUMPTION ABOUT BUTOX  
INJECTIONS

→ 2-3

24.06.2010, TUCK UP OF BUTOX  
IN GUTSIA REGION 10 UNITS

2-3



United Arab Emirates دولة الإمارات العربية المتحدة  
Driving License رخصة قيادة

رقم الرخصة 982280  
الاسم شروق مكيه سلطان

الجنسية العراقي  
Name Sherouk M. Salman  
Nationality Iraq  
Date of Birth 13/03/1974  
تاريخ الميلاد  
Issue Date 25/12/2005  
تاريخ الاصدار  
Expiry Date 25/12/2025  
تاريخ الانتهاء  
Place of Issue Dubai  
جهة الاصدار دبي

شعبة التراخيص  
ra10287  
Licensing Authority





مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 950.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000719)	Date:03-06-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000618 - SHEROUK SALMAN - 971565683821		
The sum of Dhs. <b>Nine Hundred Fifty Only</b>		
By Cash <b>950.00</b> / By Credit Card <b>0.00</b> / By Cheque <b>0.00</b> / By Bank Transfer <b>0.00</b> / By Allocated <b>0.00</b>		
Bank:	Cheque No.	Date: 03-06-2018
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)

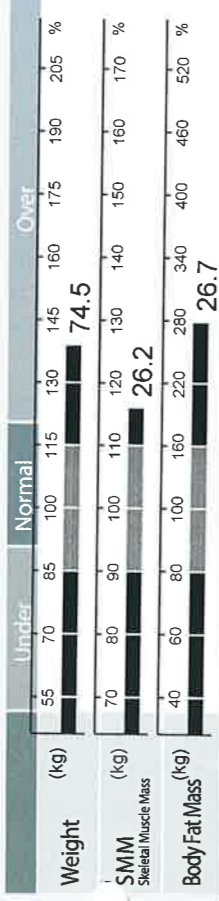
ID 400619-1 | Height 158cm | Age 45 | Gender Female | Test Date & Time 20.06.2019. 17:44

*Measurement: middle thigh  
Rt. 49 cm  
Lt. 46 cm*

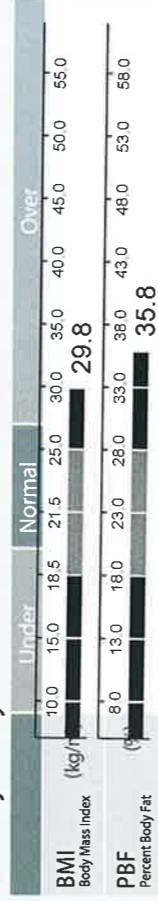
## Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	35.0 ( 27.4~33.4 )
For building muscles	Protein (kg)	9.3 ( 7.3~8.9 )
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.47 ( 2.53~3.09 )
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	26.7 ( 10.7~17.2 )
Sum of the above	Weight (kg)	74.5 ( 45.6~61.8 )

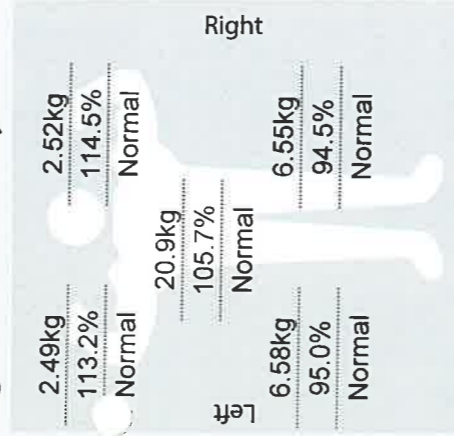
## Muscle-Fat Analysis



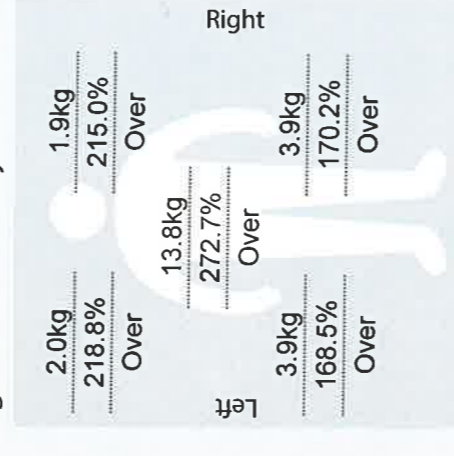
## Obesity Analysis



## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## Body Composition History

Weight (kg)	74.5
SMM (kg)	26.2
PBF (%)	35.8

## InBody Score

**74/100** Points

\* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

## Weight Control

Target Weight 62.1 kg  
Weight Control - 12.4 kg  
Fat Control - 12.4 kg  
Muscle Control 0.0 kg

## Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over  
PBF  Normal  Slightly Over  Over

## Waist-Hip Ratio

0.90

## Visceral Fat Level

Level 12

## Research Parameters

Fat Free Mass 47.8 kg  
Basal Metabolic Rate 1403 kcal ( 1485~1733 )  
Obesity Degree 139 % ( 90~110 )  
Recommended calorie intake 1609 kcal

## Calorie Expenditure of Exercise

Golf	131	Gateball	142
Walking	149	Yoga	149
Badminton	168	Table Tennis	168
Tennis	224	Bicycling	224
Boxing	224	Basketball	224
Mountain Climbing	243	Jumping Rope	261
Aerobics	261	Jogging	261
Soccer	261	Swimming	261
Japanese Fencing	373	Racketball	373
Squash	373	Taekwondo	373

\* Based on your current weight  
\* Based on 30 minute duration

## Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



## Impedance

Z (Ω) 20 kHz | 334.9 338.5 18.4 243.3 238.2  
100 kHz | 303.5 309.1 15.1 217.7 215.1



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-007709)

Date: 17-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000618 - SHEROUK SALMAN - 971565683821

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: 17-02-2020

Being **botox + vat**

Made by **Super Administrator**

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 : 1000618 - SHEROUK SALMAN - 971565683821

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

## ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: 17/2/2024

أنا السيد/السيدة \_\_\_\_\_ أؤكد بأنه تم شرح لنا كيفية العلاج باستخدام البوتكس وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه كحال جميع الادوية البوتكس قد يحتوي على آثار جانبية. هذه الردود العكسية قد تكون متعلقة بالعلاج، إما بسبب المنتج أو الفرد، لكن بشكل عام هذه المضاعفات قد تحدث في الأيام الأولى التي تتبع يوم الحقن وتكون بشكل مؤقت. معظم الحالات التي تم تسجيلها تكون بدرجة معتدلة إلى خفيفة. كما هو متوقعة بعد الحقن سوف يكون هناك شعور بألم وحرق وتيبس وتورم وزرراق.

من الآثار الجانبية الشائعة التي من الممكن حدوثها: صداع، زغللة، احمرار، تراخي بعضلات الوجه وألم في الوجه.

من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، تميّل، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاه، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالعضلات، أعراض الانفلونزا، ضعف وحرارة.

الآثار الجانبية التالية قد تكون نادرة: حكة، طفح جلدي، قشعريرة، أنواع مختلفة من الطفح الجلدي الأحمر، حساسية قوية (تورم وتحديدًا في الوجه والمجرى الهوائي مما يسبب صعوبة بالتنفس)، هبوط الحاجب أو الجفن، سماع طنين بالأذن وقلة السمع، حساسية في صعوبة البلع والتنفس والكلام.

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 4 إلى 6 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح. إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا أتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور أو الوصف المرفق

نعم لا

التوقيع: \_\_\_\_\_

اسم المريض: سورح ماجد

التوقيع: \_\_\_\_\_

اسم المعالج: \_\_\_\_\_

## استمارة الموافقة على العلاج بخيوط PDO

التاريخ: \_\_\_\_\_

أوافق على المعالجة بخيوط PDO وقد تم شرح أن هذه الخيوط من مادة بولي ديوكسانون المعقمة مع الكانيولا والتي تزرع تحت الجلد في الطبقة الشحمية لشد الوجه وإعطاء النضارة.

تزداد النتائج بالتحسن لمدة شهرين وتستمر النتائج لمدة 10 إلى 12 شهر.

يُصبح بعدم تناول الأدوية المسيلة للدم قبل و بعد أسبوعين من الإجراء.

### الآثار الجانبية

آلم في الأسبوع الأول-إحساس شد في المنطقة-كدمات-تورم-إحساس تحرك محدد-عدم تناظر بالوجه- غمازات بالجلد-التهاب وحمج بالجلد-أذية بالأعصاب أو الأوعية الدموية.

معظم هذه الاختلاطات مؤقتة.

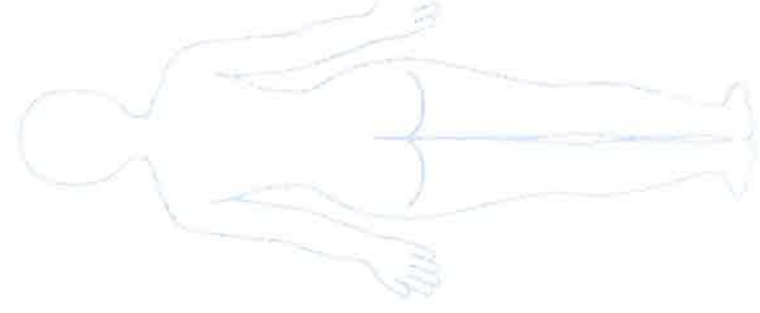
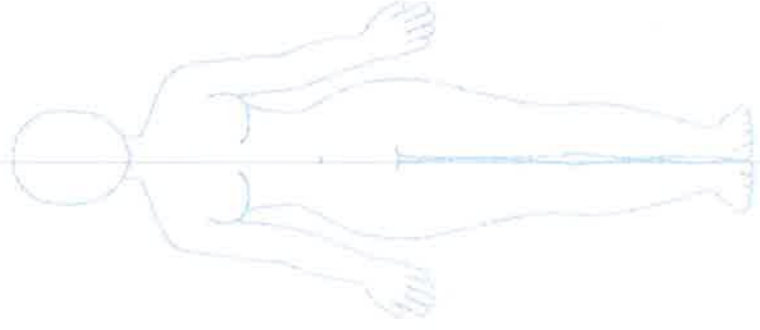
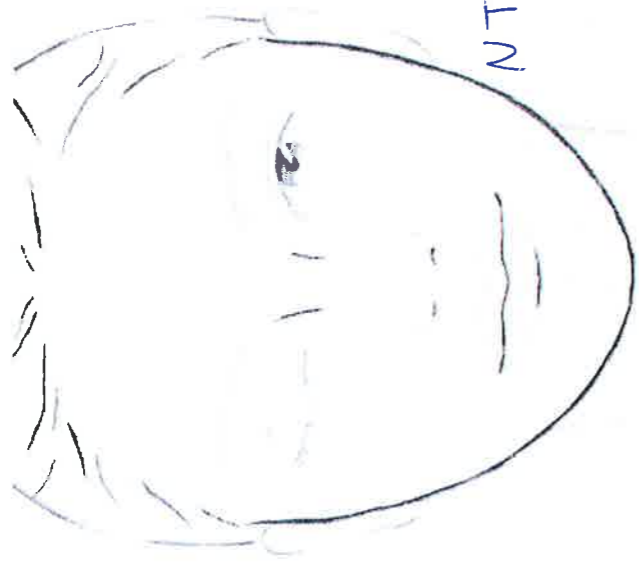
أتفهم أن النتائج تختلف من شخص لآخر وتعتمد على حالة الشخص، وأن المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج وعدم نشر الصور إلا بالموافقة الموقعة مني.

التوقيع: \_\_\_\_\_

اسم المريض: \_\_\_\_\_





**Filler Injection Log**

Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

**Botox Injection Log**

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....



مركز أوركيديك الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007580)

Date:10-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000618 - SHEROUK SALMAN - 971565683821

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

By Cash 4,200.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 10-02-2020

Being THREADS + LIPS FILLER + VAT DISCOUNT

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 : 1000618 - SHEROUK SALMAN - 971565683821

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

10/02/2020  
Rana