

File No: 1000638 Date: 9/6/2018 اسم المريض:  
 Patient Name: Fatima Mohamed  
 Date of Birth (الميلاد): \_\_\_\_\_ Gender (الجنس): M / F  
 Nationality (الجنسية): U.a.e Occupation (الوظيفة): \_\_\_\_\_  
 Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): 0566331090  
 E.MAIL: \_\_\_\_\_  
 How Did You Know About Us? Instagram

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	Yes/No لا/نعم	✓
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم	✓
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم	✓
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعطي من أي أمراض؟	Yes/No لا/نعم	✓
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 لا/نعم	✓
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No لا/نعم	✓
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	Yes/No لا/نعم	✓
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No لا/نعم	✓
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطي من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم	✓
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملاح الحمل؟ هل تتناولين من مشاغل في الدورة الشهرية؟	Yes/No لا/نعم	✓
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No لا/نعم	✓
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No لا/نعم	✓
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطي من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم	✓
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطي من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم	✓
Other	Other conditions: HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc	Yes/No لا/نعم	✓

## نموذج إقرار طبي

أوافق و أسمح لطبيب يعالج 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 اتفهم 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.

أقرض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

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

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

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

أقر أنني املاك 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** لا يستعمل الطبيب فقط

Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Blood Type: \_\_\_\_\_

Chief Complaint: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medical History** السجل الطبي

Diseases: \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_ Pregnancy: \_\_\_\_\_

Hospitalization: \_\_\_\_\_ Family History: \_\_\_\_\_

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

Remarks: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Clinical Findings: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Radiography: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Examination : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnosis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



REDAD DATA

cAEAIOEBAA830DQXO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm Data

### Public Data Verification report

<b>File</b>	<b>Valid Signature?</b>
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	Fatima,Mohammed,Sulaiman,,Mohammed	IDN:	784198202435743	Mother Name:	
Name (Ar)	فاطمة محمد سليمان محمد	Card Number:	069219596	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	101014002
Title(AR):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	01/07/2014	Date of Birth:	18/07/1982	Sponsor Name:	
Expiry Date:	01/07/2019	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	02	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	99	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				



Photo

Signature Image

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

6/9/2018



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000741)

Date: 09-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000638 - FATIMA MOHAMED - 971506331090**The sum of Dhs. **One Thousand Five Hundred Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,575.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **09-06-2018**

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)

File No#: 1000638

Date: 9/6/2018

Patient Name: Fatima Mohamed

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 18/7/1982

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): u.a.s

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 0506331090

MAIL: )

How Did You Know About Us? Instigrama

### 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

هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟  نعم  لا

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

هل تناولت عقار "الأكيوتان" / الايسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟  نعم  لا

هل استخدمت عقار " ريتين اي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهايدروكوينيون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟

نعم  لا

## إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا سالم محمد سالم بقومي 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 بصيلات الشعر وتعطل 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 , التتف, الكريمات, وإزالة 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 التتف قبل العلاج ب6 أسابيع على الأقل.

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 بضعة 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.

أقر أن أي صور قد يتم التقاطها للعلاج ستبقى مجهولة الهوية و قد يتم استخدامها للأغراض العلمية والإعلامية.

أقر انه قد أتيتحت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أني قد قرأت وفهمت محتوى هذا الإقرار. و أني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمرى في حالة عدم بلوعي السن القانوني قبل إجراء العلاج.

التاريخ: \_\_\_\_\_

الاسم: سالم محمد سالم

توقيع المريض: \_\_\_\_\_

توقيع ولي أمر المريض(من هم دون السن القانوني): \_\_\_\_\_

بشهادة: \_\_\_\_\_



. الأمراض الجلدية والالتهابات و الإورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

. البهاق.

أتفهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوحة لن تتحقق بعد الجلسة الاولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الي اناهاء خطة العلاج, و انا اتفهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الي استجابتي للليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج.وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

أتفهم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب, اتفهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الانتنام, ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الي فترة شفاء.

أتفهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت, تاثيرات مشابهة لتاثيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الي عدة ايام فقط. تغيرات صبغية ( بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الي ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكة, ألم, كدمات, التهاب, ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلى ايضا ابقاء عيني مغلقان اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة, وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتني وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التاريخ:

اسم المريض/ولي امر المريض:

التوقيع:

شاهة محمد - ملك

REDAD DATA

cAEAlCEBAA83ODQxO\*

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	Fatima,Mohammed,Sulaiman,Mohammed	IDN:	784198202435743	Mother Name:	
Name (Ar)	فاطمة محمد سليمان محمد	Card Number:	069219596	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	101014002
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	01/07/2014	Date of Birth:	18/07/1982	Sponsor Name:	
Expiry Date:	01/07/2019	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	02	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	99	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				



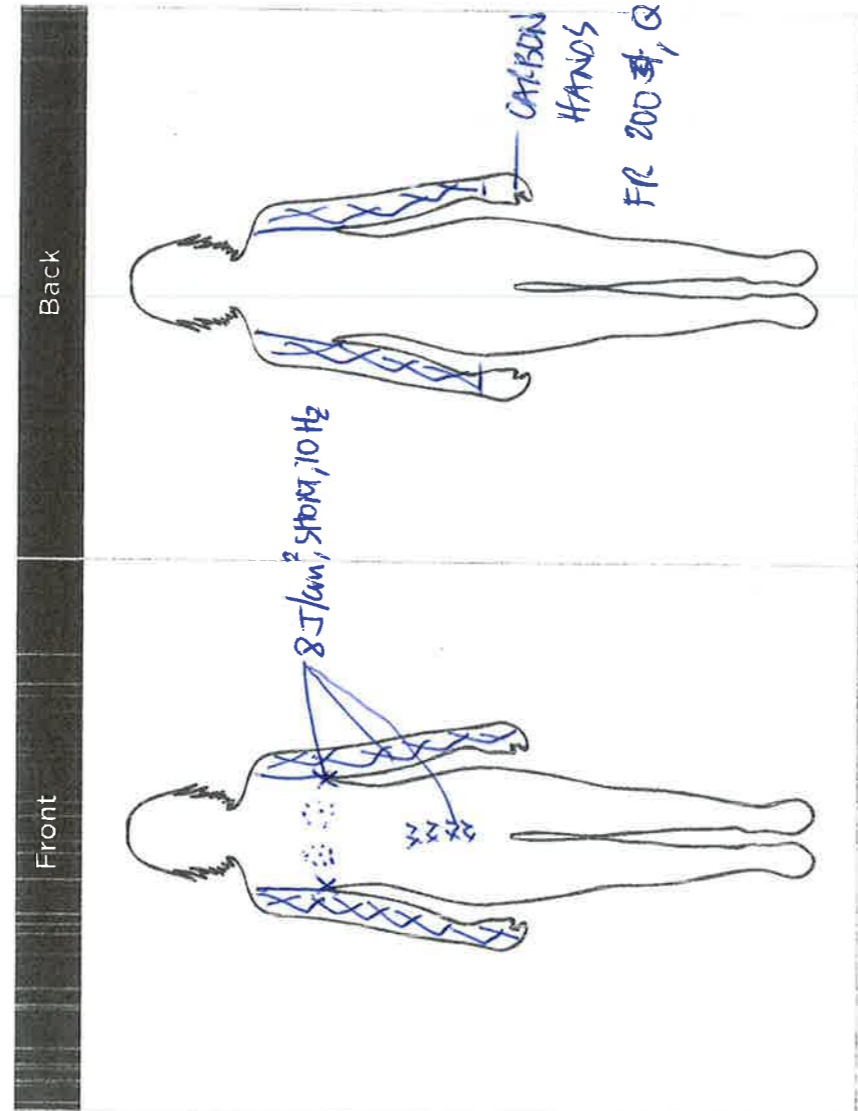
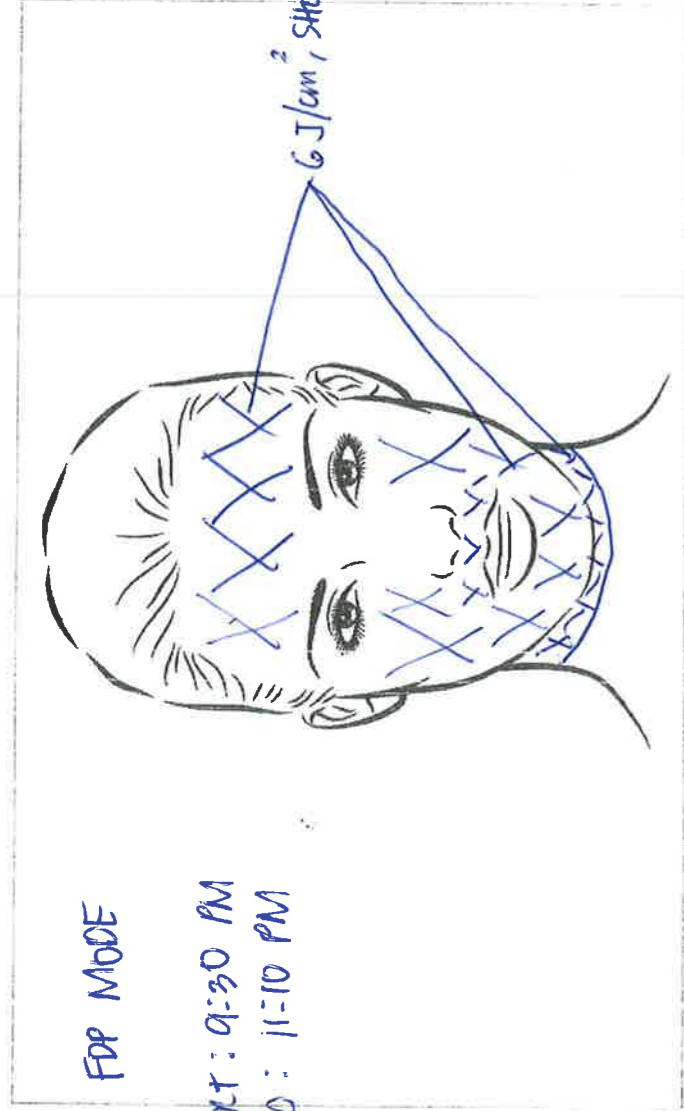
Photo

Signature Image

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

6/9/2018

Other



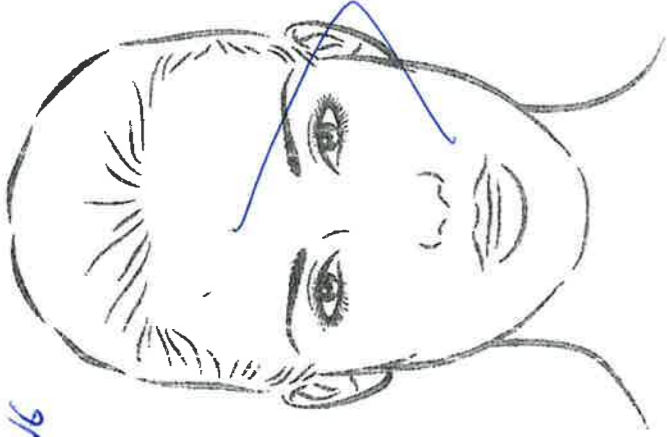
\* REMAINING PARTS: FULL BIKINI, FULL LEGS,  
 † CARBON PEEL FACE

Circle areas to be treated:

Other \_\_\_\_\_

12/16/18

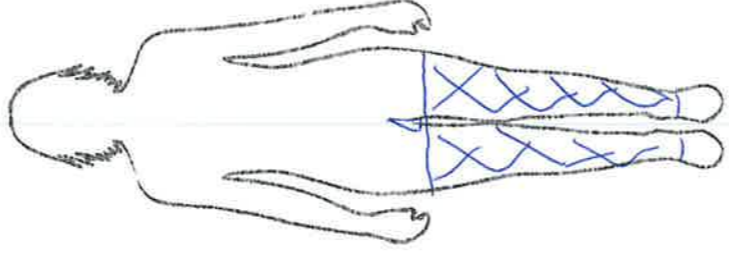
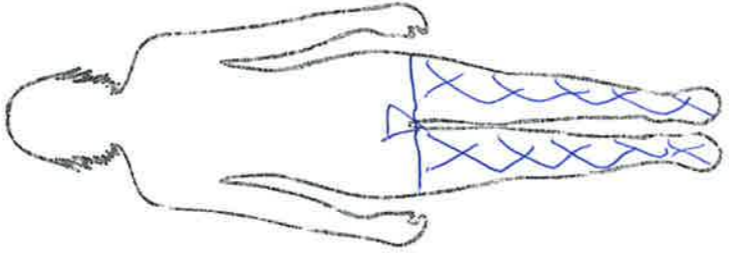
LHR FULL BODY REMAINING  
FULL LEGS + FULL BIKINI  
+ CARBON PEEL  
LHR FOR NODE



CARBON PEEL  
FL 150, Q460, MP 500

Front

Back







مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000741)

Date: 09-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000638 - FATIMA MOHAMED - 971506331090

The sum of Dhs. **One Thousand Five Hundred Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,575.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 09-06-2018

Being

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