

File No#: 1000661  
Patient Name: Maha Rahwan  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 21/9/1973  
Nationality (الجنسية): Iraqi  
Phone No. (رقم الهاتف): 0554437396  
E. MAIL:   
How Did You Know About Us? Friends

Date: 12/6/2018  
اسم المريض:

Gender (الجنس): M / F  
Marital Status (الحالة الاجتماعية):

### 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 البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ نعم لا ✓

4- هل تناولت عقار "الأكيوتان" / الأيسوترتينوين ؟ خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا ✓

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

6- هل قمت بتنف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال الست أسابيع الماضية؟ نعم لا ✓

7- متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس المباشرة لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟

فن سنة

8- هل استخدم / مين اي مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم لا , ومتى كان آخر استخدام لها؟

9- هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم لا ✓

10- هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم لا ✓

11- ماهي المنتجات التي تستخدمونها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟

12- هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم لا ✓

13- هل أنت حامل؟ نعم لا ✓

للتساءل:

14- هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم لا ✓

### 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

وافق و اسمح 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 التخصصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نكر 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.

أتفهم أنه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك 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 عدوى 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 و لا يمكن الاطلاع 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: 2018/6/12

توقيع الطبيب المختص:

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQXO\*

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	Maha Faeq Raheem	IDN:	784197358474720	Mother Name:	
Name (Ar)	مها فائق راجح	Card Number:	081970925	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRQ	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	العراق		
Issue Date:	05/02/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	02/02/2020	Date of Birth:	21/09/1973	Sponsor Name:	انتم انور طوان القيسى
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	38107381
Residency Type:	03	Residency Number:	20120173504865	Residency Expiry:	02/02/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

6/12/2018

DOCTOR NOTE

1807.2016  
PATIENT CAME FOR  
VPS CONSULTING WITH FINGER  
GONE HAS NIKSTIKH GROUPS  
MESH TO CURE CORRECTION  
POSTOPERATIVE NUMBER HAS  
TUBED IMBOLDS, AND  
INFERIOR THE PATIENT





## PPR Treatment Consent Form أقرار بالعلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية

### Description of Treatment

This treatment involves the collection of your blood (approximately 11 - 22 ml), then your blood is spun down using a centrifuge to separate out the plasma and platelet portion using the separator gel as a special filter. The PRP portion of your blood is then used at the point of care to re-energize your cells into rejuvenating themselves. The product is 100% your own blood by-product (autologous). If you have any questions please do not hesitate to ask your physician or nurse.

### Side Effects

you will likely experience mild to moderate swelling of the treated area, this will last for about 12- 24 hours; ice or cold compresses can be applied to reduce swelling if required. You may notice a tingling sensation while the cells are being activated. In rare cases skin infection may occur, which is easily treated with an anti-biotic.

### Contraindications

You should not have PRP treatment done if you have any of the following conditions: Skin conditions and diseases including: Facial cancer, existing or uncured. This includes SCC, BCC and melanoma, systemic cancer, chemotherapy, steroid therapy, dermatological diseases affecting the face (i.e. Porphyria), Blood disorders and platelet abnormalities, Anticoagulation therapy (i.e.: Warfarin) Platelet dysfunction syndrome, critical thrombocytopenia, hypofibrinogenaemia, haemodynamic instability, sepsis, chronic liver disease, Hepatitis or any acute or chronic infections. Aspirin, Anti-inflammatory such as Nurofen, Voltaren, Diclofenac, or Naproxen etc.? St Johns Wort, Garlic, Are you currently taking, or have you recently taken (within 14 days) Vitamin E, or Fish Oil supplements that could have a thinning effect on your blood.

In case of presence of any previously mentioned contraindications please mention it here

Or Ask the doctor if you are not sure or you have any questions.

Patient's Name and Signature:

Date: ... / ... / ....

### وصف العلاج

يتضمن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينة من دم المريض تساوي تقريباً (١١ - ٢٢) مل.  
ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام سائل فاصل للتفقي بشكل خاص.  
ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و إعادة

التجارة لها.  
هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض.  
إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

### الإعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف الى المنطقة المعالجة. وقد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة؛ ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة التورمة إذا تطلب الأمر. من الممكن أن تشعر ببعض الحرق الخفيف بينما يتم تطبيق الخلايا. نادراً ما يحصل العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضادات الحيوية.

### موانع العلاج

لا يجب أن تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية:  
الامراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخلايا الحشرية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغرية و السرطان الجهازى و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الامراض الجلدية التي تصيب الوجه (مثال الوردية)، امراض الدم و الحثل في الصفائح الدموية، علاج تخثر الدم (مثال الوارفارين)

ملازمة حثل الصفائح الدموية، نقص الحديد في عدد الصفائح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم، عدم استقرار تدفق الدم، حالات التخثر الدموي، امراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.

تناول الاسبيرين و مضادات الالتهاب كالتيريدفين و الفيتارين و الستيرويدات و الباروكسيدين، أو مستحضرات التجميل، أو إذا كنت تتناول حالياً (خلال الاربعة عفر يومها الماضية) مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي الى ترقق الدم. في حالة وجود احد موانع العلاج التي سبق ذكرها يرجى كتابة ذلك هنا

و اذا لم تكن متأكدًا او كانت لديك اي استفسارات اسأل الطبيب المختص،

اسم المريض / التوقيع

التاريخ: ١٠ / ٨ / ٢٠١٨

PPR Treatment Consent Form اقرار بالعلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية

I understand that due to the natural variation in quality of Platelet rich plasma, results will vary between individuals. I understand that although I may see a change after my first treatment; I may require a series of up to 6 sessions to obtain my desired outcome. The procedure and side effects has been explained to me including alternative methods; as have the advantages and disadvantages. I am advised that though good results are expected, the possibility and nature of complications cannot be accurately anticipated and that, therefore, there can be no guarantee as expressed or implied either as to the success or other result of the treatment. I am aware that the PRP treatment is not permanent as natural degradation will occur over time.

I authorize Dr. .... from Orchid Medical Center, perform the injection of PRP (Platelet Rich Plasma) for rejuvenation. This consent form will be valid for up to 6 applications of PRP, after which time I may be asked to compete a new form. I state that I have read (or it has been read to me) and I understand this consent and I understand the information contained in it. I have had the opportunity to ask any questions about the treatment including risks or alternatives and acknowledge that all my questions about the procedure have been answered in a satisfactory manner and that all blanks were filled in prior to my signature and I had the right to refuse the treatment. THIS CONSENT FORM IS VALID UNTIL ALL OR PART IS REVOKED BY ME IN WRITING. When completing the medical questionnaire, I have answered the personal medical history questions fully and to the best of my ability.

Patient's Name and Signature: \_\_\_\_\_

Date: ... / ... / ....

أتقدم أن نتائج هذا العلاج قد تتفاوت من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية.

وأتقدم انه برغم التغيير الذي قد ألحظه من بعد جلسة العلاج الأولى قد أحتاج حتى ٦ جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

أقر بأن هذا الإجراء الطبي و آثاره الجانبية و بدائله المحتملة و منافعه و مضارره قد شرحت لي بشكل كامل.

و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المضاعفات و طبيعتها بدقة. و بالتالي، لا توجد أي ضمانات واضحة أو ضمنية لنجاح

هذا العلاج أو أي نتائج أخرى.

أدرك أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجاً دائماً لأن التراجع الطبيعي سوف يحدث مع الوقت.

أفوض الدكتور .....

من مركز أوركيد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لإعادة التضارفة. و أن هذا الإقرار و التوقيع سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قادمة.

و أنني قد أحتاج توقيع اقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الإقرار بالكامل (أو قد تمت قراءته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و إنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الإخطار و الأعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له.

و أن جميع أسئلتي قد أجيببت بشكل كامل و وافي و أن جميع الاجابات التي ضمنتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملؤها قبل توقيعني أدناه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

و إنني قد فهمت محتواه بالكامل.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الإقرار بالكامل (أو قد تمت قراءته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و إنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الإخطار و الأعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له.

و أن جميع أسئلتي قد أجيببت بشكل كامل و وافي و أن جميع الاجابات التي ضمنتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملؤها قبل توقيعني أدناه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

اسم المريض / التوقيع

\_\_\_\_\_

التاريخ: ... / ... / ...





مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000762)

Date:12-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000661 - MAHA RAHEM - 971554487390

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 367.50 / 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 أوركيديك الطبية  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000988)

Date:01-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000661 - MAHA RAHEM - 971554487390

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Sixty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,260.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 01-08-2018

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)**