

File No#: 1000679 Date: 23/06/18
Patient Name: LEEN PAEES MALKAT اسم المريض:
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 18/03/1991 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): SYRIAN Marital Status (الحالة الاجتماعية): _____
Phone No. (رقم الهاتف): 054 381 5822
E. MAIL: _____
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 , عديمة الاسمرار _____

3 - قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار _____

4- نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار _____

5- بشرة داكنة السمرة _____

2- هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدر؟ نعم لا

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

6- هل قمت بنتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال الست أسابيع الماضية؟ نعم لا

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

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 تستخدمها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟

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

للنساء:

13- هل انت حامل؟ نعم لا

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

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا Leem Faris بقومي إلى مركز أوركييد 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 بصيلات 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, وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

تقد 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 التنف قبل العلاج ب6 أسابيع على الاقل.
- التشوم/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 ستتلاشى 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 أتاحت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت وفهمت محتوى هذا الإقرار. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حالة عدم بلوعي السن القانوني قبل إجراء العلاج.

التاريخ: 23/6/18

الاسم: Leem Faris

توقيع المريض:

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

بشهادة:

REDAD DATA

cAEAI0EBBAA830DQxO*

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	Leen,Fares,,,Malkat	IDN:	784199151963024	Mother Name:	
Name (Ar)	لين فارس,,,ملاك	Card Number:	086320717	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	15/11/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	12/11/2019	Date of Birth:	18/03/1991	Sponsor Name:	(محمود صديقات بن سيدنا (ش.م م
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120172601205	Residency Expiry:	12/11/2019
ID Type:	IL	Occupation:	2224	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

6/23/2018

Circle areas to be treated:

Other

23/6/18

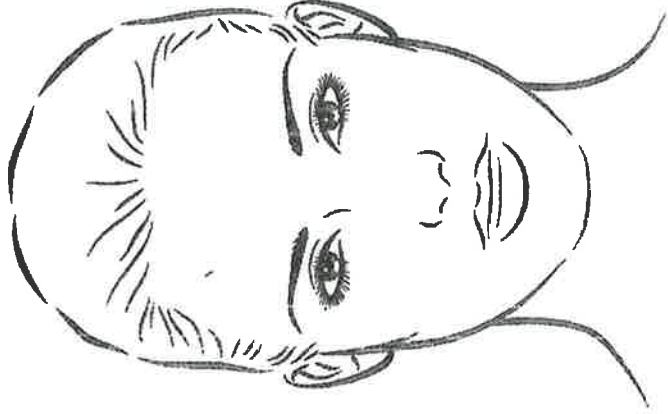
28/6/18

UNDER ARM.

F - 20J/cm².

SHORT -

DPI

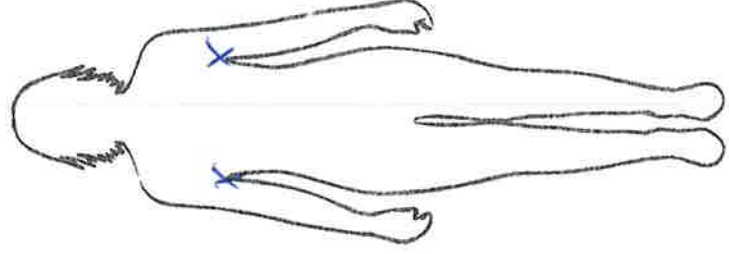
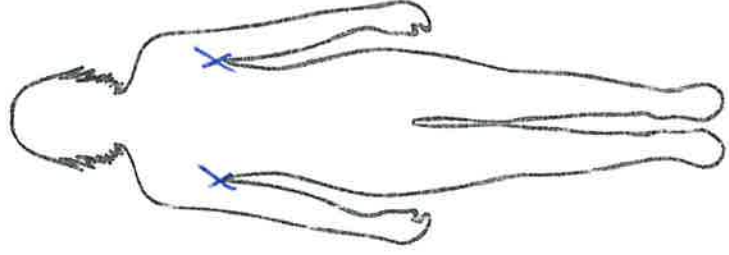


LHR UNDERARM

8J/cm², SHORT, 7Hz

Front

Back





مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000794)

Date:24-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000679 - LEEN MALKAT - 0543815222

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 105.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-06-2018

Being

Made by Ghada KC

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000948)

Date:23-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000679 - LEEN MALKAT - 0543815222

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **105.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

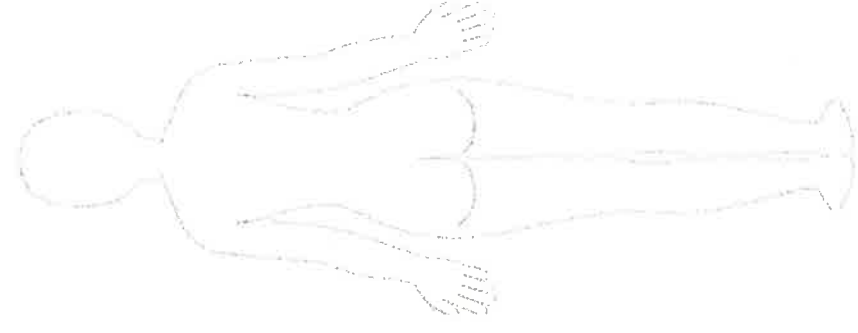
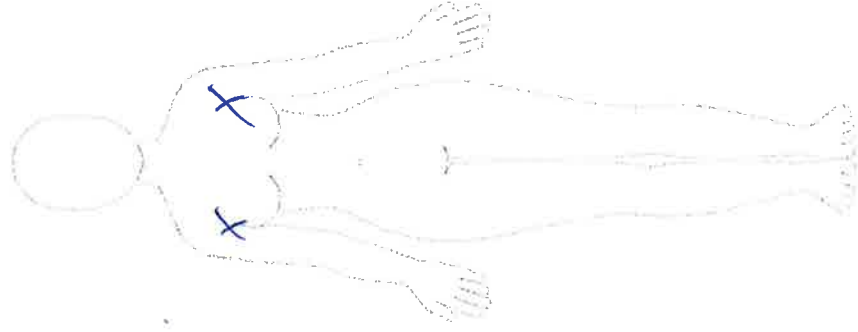
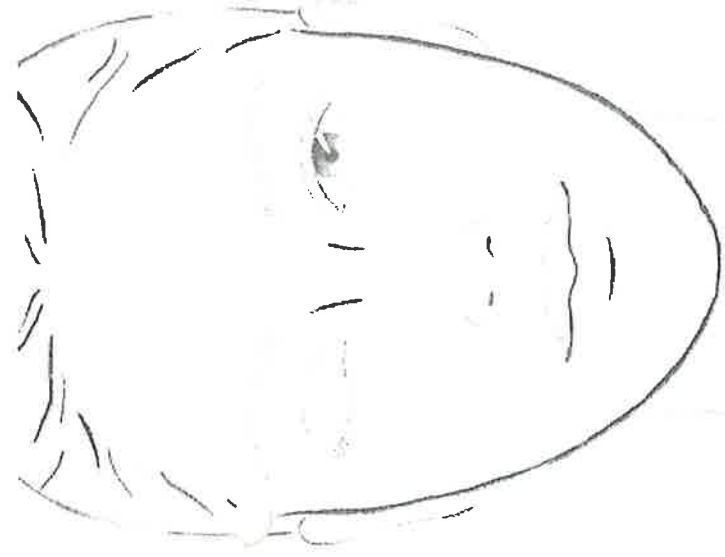
Date: 23-07-2018

Being

Made by **Ghada**

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

Patient's Name: LEEN MAHAKAT
 File Number: 1000677
 Pain Relief given? Yes / No Yes
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No Yes



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	23/7/18	25/9/18	24/10/18	21/11/18	2/12/18	5/3/19
Treatment Area	UNDERARM	UNDERARM	UNDERARM	UNDERARM	UNDERARM	axilla
Hair Type	COARSE, DARK	COARSE, DARK	COARSE MEDIUM	MEDIUM	MEDIUM	DPI
Mode	FDP	FDP	FDP	FDP	MEX	2021 SHOT
Fluence	95J/cm ² , 8Hz	105J/cm ² , 8Hz	10J/cm ² , 8Hz	105J/cm ² , 8Hz	85/15	
Pulse Type	SHORT	SHORT	SHORT	SHORT		
CNT Pulse						
Passes	1	1	1	1	1	2
Starting Time	6:30 PM	7 PM	11:45 PM	6:40 PM	4 PM	2:45 PM
Finish Time	6:40 PM	7:10 PM	12 PM	6:50 PM	4:10 PM	3 PM
Post Treatment						

Therapist Name and Signature RUSSE *[Signature]*



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001138)

Date: 28-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000679 - LEEN MALKAT - 0543815222

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 105.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 28-08-2018

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

105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001321)

Date: 25-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000679 - LEEN MALKAT - 0543815222

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 105.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-09-2018

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

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001509)

Date:24-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000679 - LEEN MALKAT - 971543815222

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 105.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-10-2018

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

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001762)

Date:21-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000679 - LEEN MALKAT - 971543815222

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 105.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 21-11-2018

Being

Falafel

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

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002168)

Date:02-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000679 - LEEN MALKAT - 971543815222

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 105.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 02-01-2019

Being

Made by Ghada

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



مركز أوريد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002857)

Date:05-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000679 - LEEN MALKAT - 971543815222

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 157.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 05-03-2019

Being UNDER ARMS(HR) VIKINI + VAT

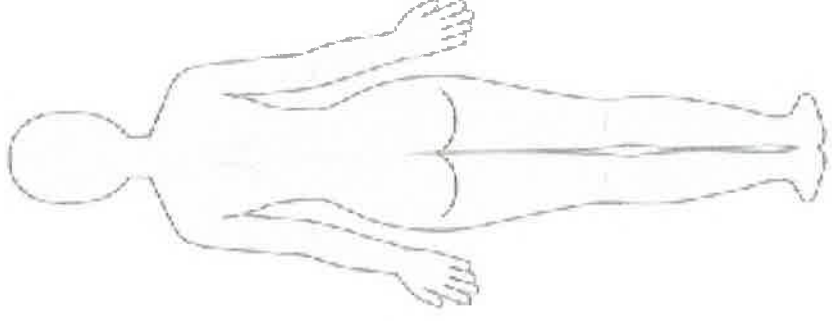
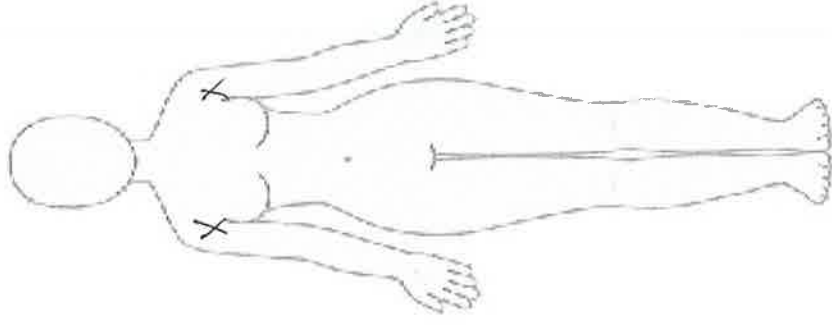
Made by Hiba

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

اسم المريض: Keen Market
 Patient's Name: Keen Market
 رقم الملف: 1000679
 File Number: 1000679
 تقييم وتخفيف الألم: 1000679
 Pain Relief given? Yes / No

تقييم وتخفيف الألم: 1000679
 Evaluation and consent form completed? Yes / No

التصوير الفوتوغرافي قبل العلاج: 1000679
 Pretreatment photography taken? Yes / No



تاريخ الجلسة الأولى
 TU 2/15/19

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	08/4/19	15/6/19				
Treatment Area	UNDER ARMS	axilla				
Hair Type	THICK DARK	Soft / Decid-				
Mode	ALEX	NO YAG				
Fluence	8 15 mJ	18J 15 mJ				
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1	1				
Starting Time	11pm	7:45pm				
Finish Time	1:15pm	8pm				
Post Treatment	Redness	Redness				

Keen

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003476)

Date: 28-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000679 - LEEN MALKAT - 971543815222

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 157.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Date: 28-04-2019

Cheque No.

Being UNDER ARM+ 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 : 1000679 - LEEN MALKAT - 971543815222

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004064)

Date:15-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000679 - LEEN MALKAT - 971543815222

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 157.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 15-06-2019

Being UNDER ARMS + 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 : 1000679 - LEEN MALKAT - 971543815222

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