

File No#: 1000717 Date: 8/7/2018
 Patient Name: Zainab Layth اسم المريض:
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 16/6/1996 Gender (الجنس): M / F
 Nationality (الجنسية): Iraq Marital Status (الحالة الاجتماعية):
 Phone No. (رقم الهاتف): 056-9609971
 E. MAIL:
 How Did You Know About Us? Google

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

مخرجى 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 جدر؟ نعم لا

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

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

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

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

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

لا يوجد

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

9- هل لديك أي 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 ليشركك حاليا؟

لا يوجد

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

التسام:

13- هل تمت حاجلا؟ نعم لا.

14- هل تمت سابقا بأجراء مكياج دائم للتوجه؟ نعم لا.

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا _____ بقدمي إلى مركز أوركيد 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 الأصابع الموجودة في بصليلات 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 ، التنقب ، الكريمات، وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تأقبت 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 التنقب 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 عقاير 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 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.

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: _____.

الإسم: _____.

توقيع المريض: _____


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

بشهادة: _____.

Circle areas to be treated:

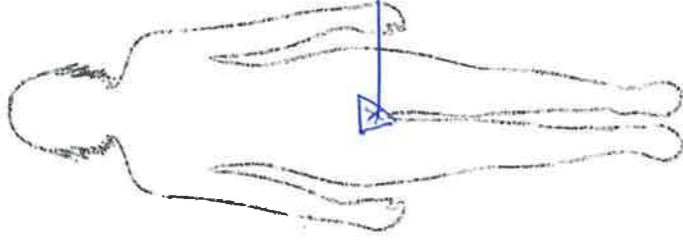
Other _____

Ultr Full BIKINI

8/7/2018



Front



Back



FDP MODE
6-7cm², short, 6 Hz

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO*

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 | Zainab,Layth,Sabah,Arif | IDN: | 784199702169188 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | زينب ايڤ صباڤ,لطف,زيناڤ | Card Number: | 084845148 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | IRQ | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | العراق | | |
| Issue Date: | 09/08/2017 | Sex: | F | Sponsor Type: | 03 |
| Expiry Date: | 07/08/2019 | Date of Birth: | 16/06/1997 | Sponsor Name: | ليث صباڤ عبدالجليل |
| Marital Status: | 01 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 33834593 |
| Residency Type: | 03 | Residency Number: | 30120113023510 | Residency Expiry: | 07/08/2019 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 11 | Occupation Field: | 00 |

Photo



Signature Image

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

7/8/2018



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

367.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000867)

Date: 08-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000717 - ZAINAB LAYTH - 971569609971

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

By Cash 367.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 08-07-2018

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

367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001125)

Date:26-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000717 - ZAINAB LAYTH - 971568883323

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

By Cash 367.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 26-08-2018

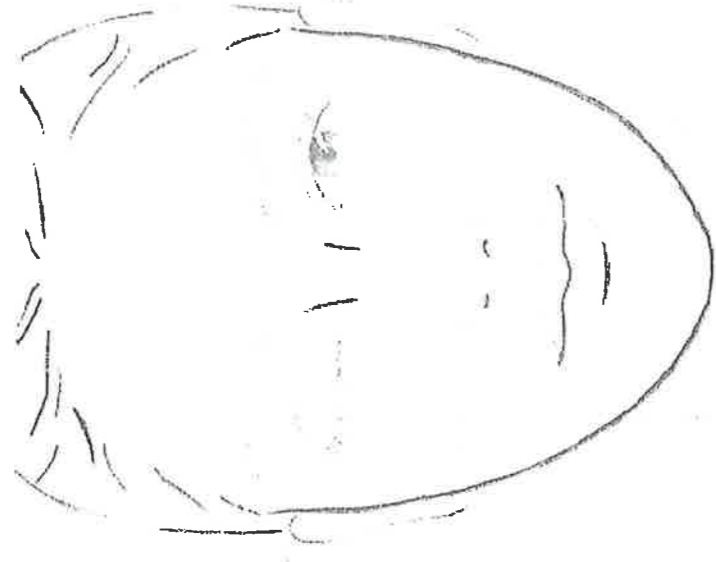
Being

Made by Ghada

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

Patient's Name: ZAINAB AYTH
 File Number: 10003717
 Pain Relief given? Yes / No ✓

تاسم المريض
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No ✓



| Treatment Date | Treatment Area | Hair Type | Mode | Fluence | Pulse Type | GNT Pulse | Passes | Starting Time | Finish Time | Post Treatment |
|----------------|--|---------------|-----------------------|---------|------------|-----------|----------------------|---------------|-------------|----------------|
| 26/3/18 | Session 1 FULL BIKINI DARK, COARSE | FDP | 6 J/cm ² | SHORT | | 1 | 2:40 PM 2:55 PM | | | |
| 29/10/18 | Session 2 FULL BIKINI DARK, COARSE | FDP | 6 J/cm ² | SHORT | | 1 | 4:15 PM 4:35 PM | | | |
| 29/11/18 | Session 3 FULL BIKINI DARK | FDP | 6 J/cm ² | SHORT | | 1 | 12:00 PM 12:05 PM | | | |
| 4/12/19 | Session 4 FULL BIKINI DARK, THICK | FDP | 7.5 J/cm ² | SHORT | | 1 | 4:25 PM 4:50 PM | | | |
| 13/3/19 | Session 5 FULL BIKINI MEDIUM | MIXED, MEDIUM | 6 J/10, 13 J/10 | | | 1 | 2:15 PM 2:30 PM | | | |
| 13/4/19 | Session 6 FULL BIKINI M | MIXED, MEDIUM | 6 J/10, 13 J/10 | | | 1 | 6:15 6:30 PM | | | |
| 28/5/19 | Session 7 FULL BIKINI M | MIXED, MEDIUM | 6 J/10, 13 J/10 | | | 1 | 11:30 AM | | | |

Therapist Name and Signature BESSIE HARRIS

by



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001552)

Date:29-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000717 - ZAINAB LAYTH - 971568883323

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

By Cash 367.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 29-10-2018

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

367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001849)

Date:29-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000717 - ZAINAB LAYTH - 971568883323

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: 29-11-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيديك الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002529)

Date:04-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000717 - ZAINAB LAYTH - 971568883323

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

By Cash 367.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-02-2019

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 367.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002958)

Date: 13-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000717 - ZAINAB LAYTH - 971568883323

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

By Cash 367.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 13-03-2019

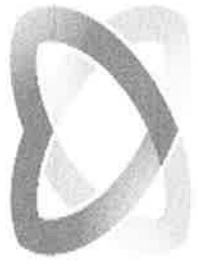
Being BIKINI FRONT & BACK DEKA + VAT

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 : 1000717 - ZAINAB LAYTH - 971568883323 

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 367.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003333)

Date: 13-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000717 - ZAINAB LAYTH - 971568883323

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

By Cash 0.50 / By Credit Card 367.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 13-04-2019

Being BIKINI LHR + 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 : 1000717 - ZAINAB LAYTH - 971568883323

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003787)

Date:26-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000717 - ZAINAB LAYTH - 971568883323

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: 26-05-2019

Being **BIKINI FRONT &BACK + 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 : 1000717 - ZAINAB LAYTH - 971568883323

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