

File No#: 1000718 Date: 27 / 2018
 Patient Name: wael Rabah اسم المريض:
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 16/2/1981 Gender (الجنس): M / F
 Nationality (الجنسية): Palestine Marital Status (الحالة الاجتماعية):
 Phone No. (رقم الهاتف): 0505996876
 E. MAIL:
 How Did You Know About Us? Nadia Pharmacy

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

1- ما هو الوصف الاسبب 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 جراحة ؟ نعم لا

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

4- هل تناولت عقار "الأكوتان" / الايسوتريتينوين " 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 بنشف او 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؟

لا يوجد

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 ليشركك حاليا؟

لا يوجد

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

للشعاع:

13- هل اقت حنظل؟ نعم لا.

14- هل قمت سابقا بإجراء مكياج عدم للوجه؟ 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 الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر و تعطل قدرتها على إنماء 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 عقاقر 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 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 أتحت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و اني قد قرأت وفهمت محتوى هذا الإقرار. واني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حالة عدم بلوعي السن القانوني قبل إجراء العلاج.

التاريخ: 8/7/18
Wael Zahrah

الاسم: _____

توقيع المريض: _____

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

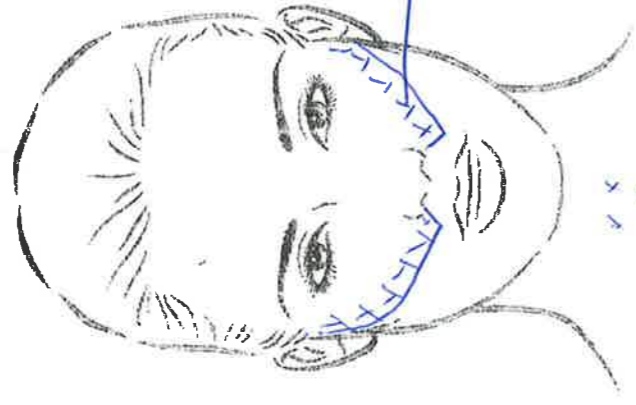
بشهادة: _____

Circle areas to be treated:

Other:

CHIEFS
LHR
NECK + SHOULDER

8/7/18



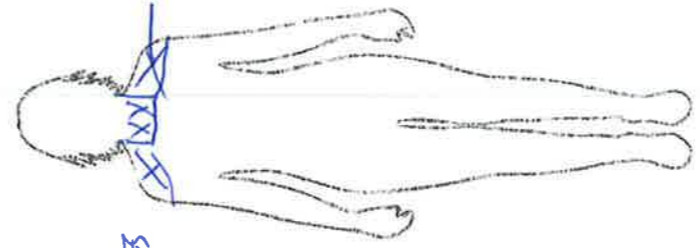
18 J/cm², SHORT X 2 PASSES

Front



22 J/cm², SHORT X 2 PASSES

Back



22 J/cm², SHORT, 2 PASSES

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	Wael,Mohamad,Rabah	IDN:	784198108397252	Mother Name:	
Name (Ar)	وائل محمد رباح	Card Number:	088828138	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PSE	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المسطين		
Issue Date:	29/04/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	10/04/2020	Date of Birth:	16/02/1981	Sponsor Name:	جى ايه تى التجاره الملمه فى دم م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120182111099	Residency Expiry:	10/04/2020
ID Type:	IL	Occupation:	1233	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

7/8/2018



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

446.25

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000870)

Date: 08-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000718 - WAEI RABAH - 971505996876

The sum of Dhs. Four Hundred Forty-Six Dirhams and Twenty-Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 446.25 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

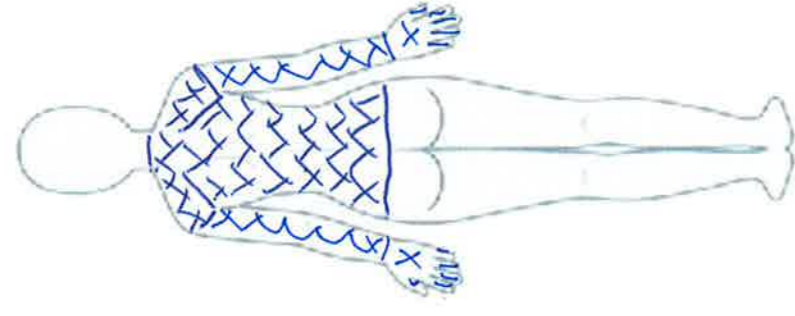
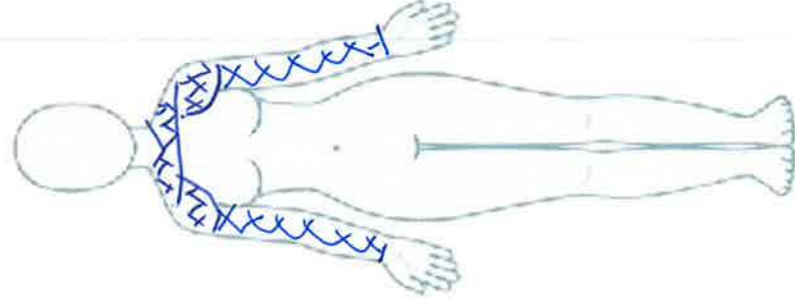
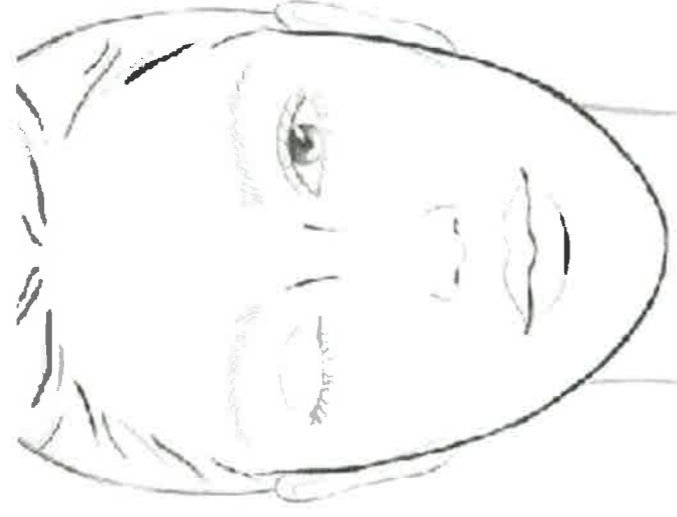
Date: 08-07-2018

Being

Made by Ghada

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

Patient's Name: Wae! Rabeh :اسم المريض
 File Number: رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No Pretreatment photography taken? Yes / No



BY PATIENT CAME WITHOUT SHAVING

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	14/10/18	20/12/18	9/2/19	19/3/19	2/5/19	25/6/19
Treatment Area	SHOULDER + FULL ARMS	SHOULDER + FULL ARMS + FULL BACK	FULL ARMS + SHOULDER	FULL ARMS + FULL BACK	FULL ARMS + FULL BACK	FULL ARMS + FULL ARMS
Hair Type	DARK, COARSE	FULL ARMS + SHOULDER	SHOULDER	FULL ARMS	FULL BACK	FULL ARMS
Mode	DP-L	MEDIUM	ALEX	ALEX	ALEX	ND YAG
Fluence	24J/cm ²	7J	12.5-15	7.5	7.15	16/20 ms
Pulse Type	SHOCK					
CNT Pulse						
Passes	2	1	1	1	1	1
Starting Time	2:10 AM	4 PM	2:30 PM	10:30 AM	4 PM	4:30 PM
Finish Time	3:15 PM	5:30 AM	2 PM	11 AM	4:30 PM	5 PM
Post Treatment	FUCIBIN + BENTHON	FUCIBIN + MERO	MEBO	MEBO	MEBO	HIRUDOID
						Bea

Therapist Name and Signature DIANE S.I.E

اسم المريض: **Wael Rabea**

اسم المريض:

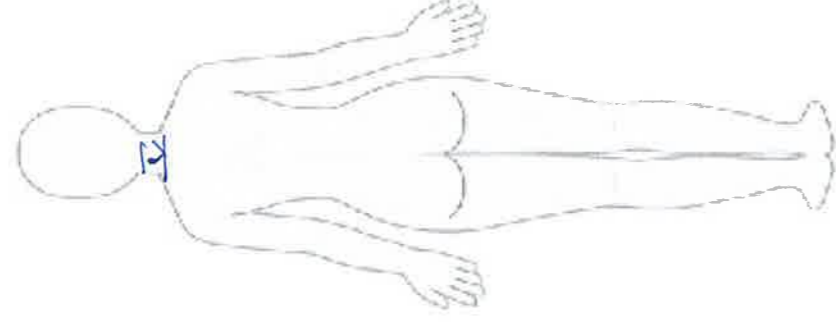
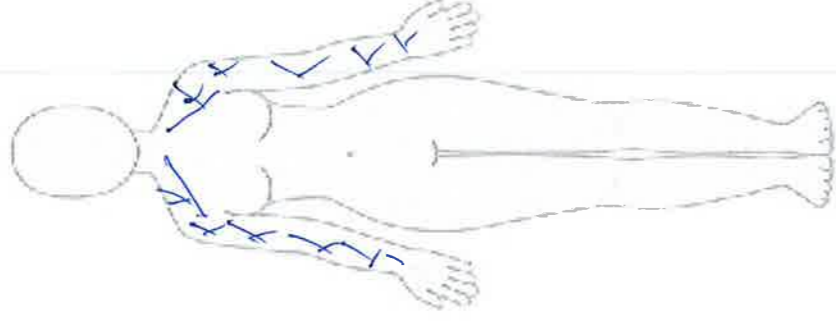
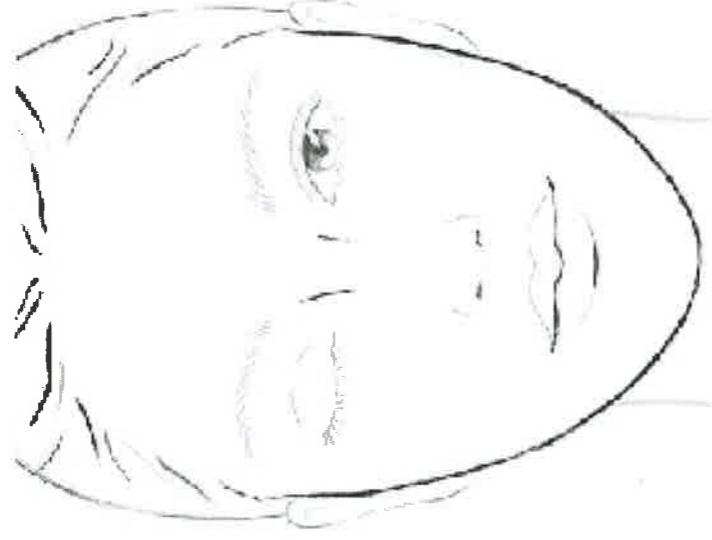
رقم الملف:

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No

1000718



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	10/18/19	025/09/19	still 19			
Treatment Area	Full arms, shoulder, nape	Full back + full arms	full arms			
Hair Type	Alex	ALEX	Alex			
Mode	8/200	80/14ms	105/17ms			
Fluence			spot -> 16			
Pulse Type						
CNT Pulse	1					
Passes	8-30pm	4:45pm	6:45pm			
Starting Time	9pm	5:30pm				
Finish Time		HIRUDOID	HIRUDOID			
Post Treatment	Handold		Handold			
	Bea		Bea			

Therapist Name and Signature



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

630.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001443)

Date:14-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000718 - WAEL RABAH - 971505996876

The sum of Dhs. Six Hundred Thirty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 630.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 14-10-2018

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

997.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002016)

Date: 20-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000718 - WAEEL RABAH - 971505996876

The sum of Dhs. **Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **997.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 20-12-2018

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

682.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002599)

Date:09-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000718 - WAEL RABAH - 971505996876

The sum of Dhs. Six Hundred Eighty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 682.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-02-2019

Being FULL ARMS + SHOULDER LHR

Made by Ghada

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 787.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003012)

Date:19-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000718 - WAEL RABAH - 971505996876**

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **787.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **19-03-2019**

Being **FULL BACK + FULL ARMS 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 : **1000718 - WAEL RABAH - 971505996876**

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

Date:02-05-2019

AED 787.50 RECEIPT VOUCHER (No.REC-003550)

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000718 - WAEL RABAH - 971505996876

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 787.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date: 02-05-2019

Being FULL BACK + FULL ARMS + 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 : 1000718 - WAEL RABAH - 971505996876

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,102.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004206)

Date:26-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000718 - WAEL RABAH - 971505996876

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,102.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 26-06-2019

Being **PT PAID 3 SESSION FULL ARMS 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 : 1000718 - WAEL RABAH - 971505996876

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 367.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005199)

Date: 25-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000718 - WAEL RABAH - 971505996876

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: 25-09-2019

Being FULL BACK + 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 : 1000718 - WAEL RABAH - 971505996876

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005842)

Date:05-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000718 - WAEL RABAH - 971505996876**

The sum of Dhs. **Four Hundred Twenty Dirhams and Zero Filis Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **420.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **05-11-2019**

Being **FULL 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 : **1000718 - WAEL RABAH - 971505996876**

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