

File No#: 1000725 Date: 10-7-2018
 Patient Name: ISRAA MOHAMMED AL ANI اسم المريض:
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 21/10/1994 Gender (الجنس): M / F
 Nationality (الجنسية): IKA Marital Status (الحالة الاجتماعية):
 Phone No. (رقم الهاتف): 0509962621
 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 جرة ؟ نعم لا
 - 3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا بسيط (الهربس) أو بنور الحصى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم لا
 - 4- هل تناولت عقار "الأكوتان" / الأيسوترتينونين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا 5 سنوات
 - 5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟ نعم لا
 - 6- هل قمت بنتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال الست أسابيع الماضية ؟ نعم لا
 - 7- متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لاشعة 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 ؟ لا نعم
 - 10- هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم لا
 - 11- ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ابشرتك حاليا؟
كريم ليبي كريم فارك و اقي شمس - دفين
 - 12- هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم لا
- للتسام:
- 13- هل أنت حامل؟ نعم لا
 - 14- هل قمت سابقا بأجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم لا

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	Israa,Mohammed,Sakin,,Al Ani	IDN:	784199468571759	Mother Name:	
Name (Ar)	اسراء ومحمد يساكن,ر الحاني	Card Number:	088135878	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	العراق	Family ID:	
Issue Date:	13/03/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	11/03/2020	Date of Birth:	21/10/1994	Sponsor Name:	جامعة الشارقة
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	03	Residency Number:	30120153007357	Residency Expiry:	11/03/2020
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

7/10/2018



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000882)

Date:10-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000725 - ISRAA MOHAMMED - 971509962621

The sum of Dhs. Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Filis 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: 10-07-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001728)

Date:17-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000725 - ISRAA MOHAMMED - 971509962621

The sum of Dhs. **Fifty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **52.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Date: 17-11-2018

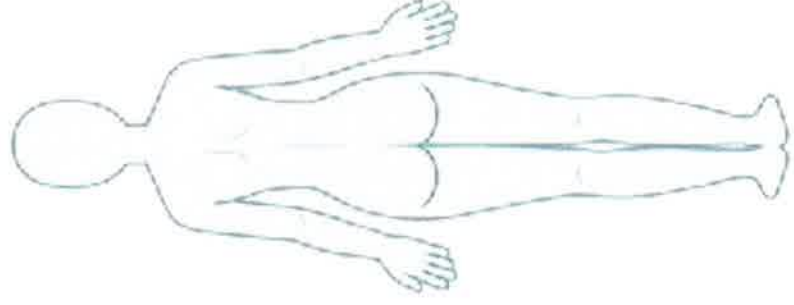
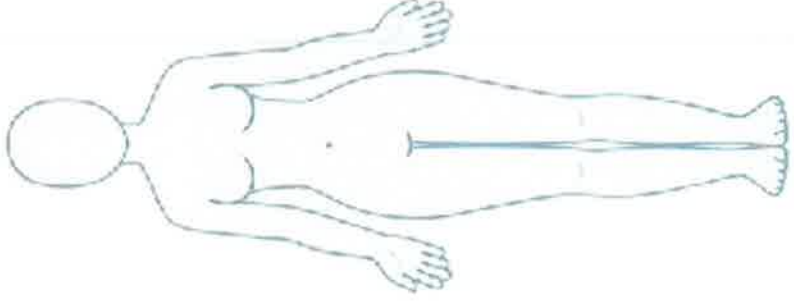
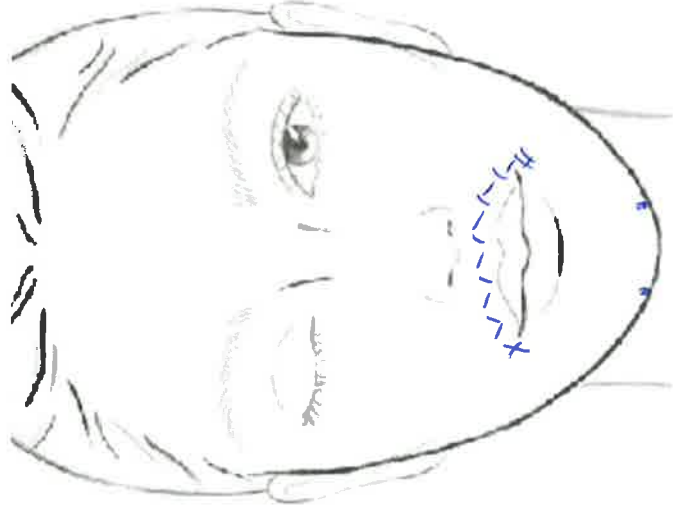
Cheque No.

Being

Made by Ghada

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

Patient's Name: **ISRAA MOHAMMED AL ANI** **إسم المريض**
 File Number: **1000725** **رقم الملف**
 Pain Relief given? Yes / No **Yes**
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No **No**



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	17/11/18					
Treatment Area	U-LIP					
Hair Type	MEDIUM					
Mode	DP1					
Fluence	16 J/cm²					
Pulse Type	SHOOT					
CNT Pulse						
Passes	2					
Starting Time	5:45 PM					
Finish Time	6 PM					
Post-Treatment	FIGUANT					

Therapist Name and Signature **BESSIE JAWAN**