

File No#: 1000752 Date: 16/7/2018  
 Patient Name: Sawdan Al Zahar اسم المريض:  
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 14/5/1987 Gender (الجنس): M / F  
 Nationality (الجنسية): Yemen Marital Status (الحالة الاجتماعية):  
 Phone No. (رقم الهاتف): 0553333319  
 E. MAIL:  
 How Did You Know About Us? Google

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 , عديدة الاسمرار

3 - قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار

4- نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار

5- بشرة داكنة السمرة

2- هل تظهره لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ نعم لا

3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بقور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ نعم لا

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

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

6- هل قمت بنشف او كي او ازالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال الست أسابيع الماضية؟ نعم لا

7- متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس المباشرة لمدة طويلة او 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 او مشاكل هرمونية؟ نعم لا

11- ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركت حاليا؟

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

للإشارة:

13- هل انت حامل؟ نعم لا

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

## إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا سوسن راجح بقدومي إلى مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أفهم 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.

أفهم 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 ازالة 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 التنف قبل العلاج بـ 6 أسابيع على الاقل.

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 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 ستلاشي 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 مهة ائقة، أو أم ، أو فم، حالة عدم نله عم، السن، القانو، ن، قبل احراء العلاج.

التاريخ: 16-7-2018

توقيع المريض:



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

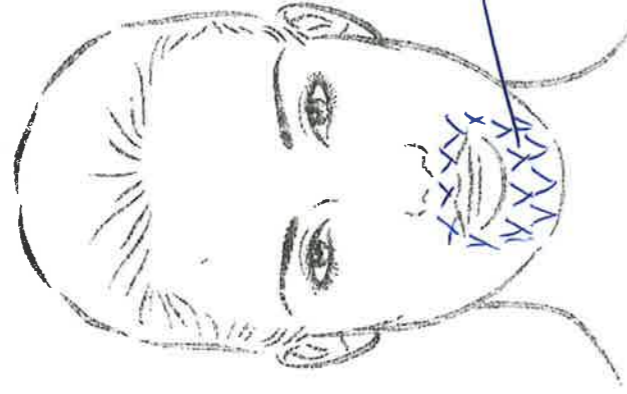
\_\_\_\_\_

Circle areas to be treated:

Other

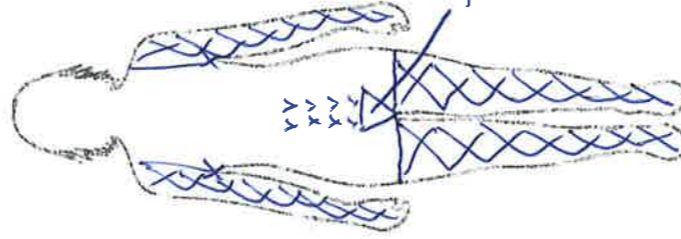
16/7/18

WHP Full body



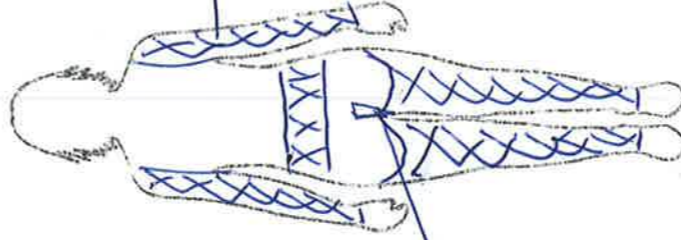
16 J/cm<sup>2</sup>, BURST X 2 PASSES

Front



5 J/cm<sup>2</sup>, STIM, 6 Hz

Back



16 J/cm<sup>2</sup>, BURST X 2 PASSES



REDAD DATA

cAEAlOEBAA83ODQXO\*

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            | Sawsan Rageh, Mohammed Al Zahar | IDN:              | 784198769394390 | Mother Name:      |                            |
| Name (Ar)       | سوسان راجح محمد الزهر           | Card Number:      | 084549523       | Mother Name (Ar): |                            |
| Title:          |                                 | Nationality:      | YEM             | Family ID:        |                            |
| Title (Ar):     |                                 | Nationality (Ar): | اليمن           |                   |                            |
| Issue Date:     | 25/07/2017                      | Sex:              | F               | Sponsor Type:     | 02                         |
| Expiry Date:    | 18/05/2020                      | Date of Birth:    | 14/05/1987      | Sponsor Name:     | مدام محمد صالح عسكر المردي |
| Marital Status: | 02                              | Husband IDN:      |                 | Sponsor Number:   | 0142200545                 |
| Residency Type: | 03                              | Residency Number: | 20120053049562  | Residency Expiry: | 18/05/2020                 |
| ID Type:        | IL                              | Occupation:       | 10              | Occupation Field: | 00                         |



Photo

Signature Image

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

7/16/2018



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,995.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000914)

Date:16-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000752 - SAWSAN AL ZAHAR - 0553333319

The sum of Dhs. One Thousand Nine Hundred Ninety-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,995.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 16-07-2018

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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001044)

Date:13-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000752 - SAWSAN AL ZAHAR - 0553333319

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: 13-08-2018

Being AGAINST INVOICE NO :2129

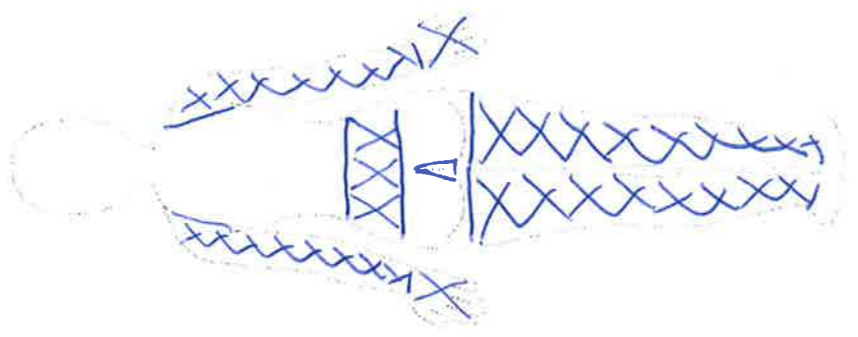
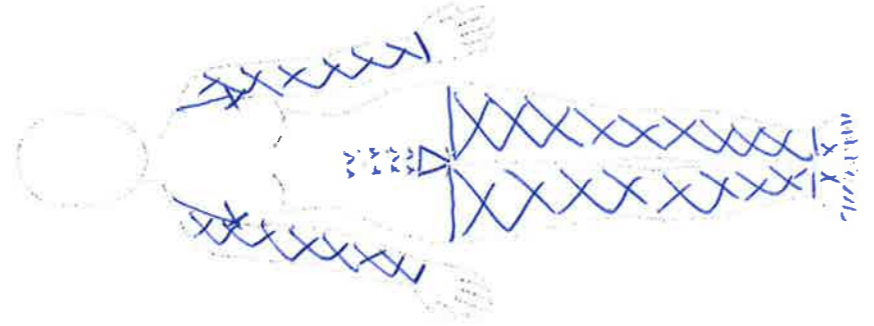
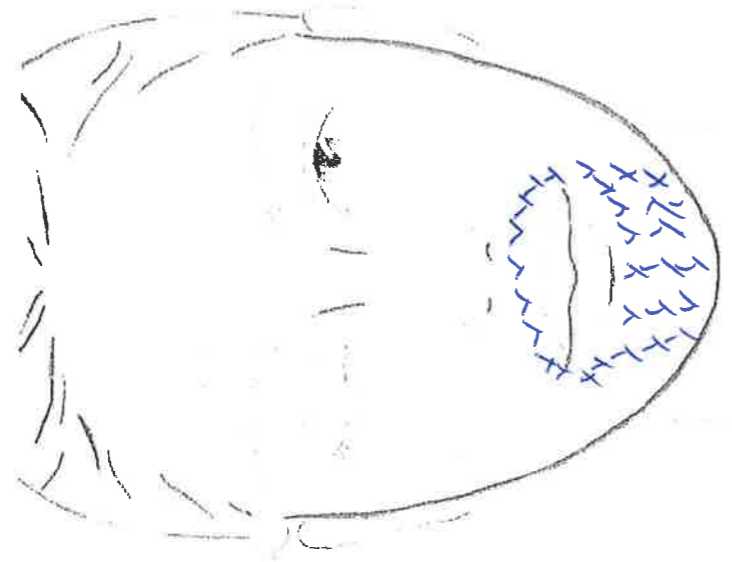
Made by Ghada

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**

Patient's Name: SPINISAN AL ZAHAR  
 File Number: 100752  
 رقم الملف: .....

اسم 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          |
|----------------|----------------|--------------|-----------|--|--------------|-----------|--------|---------------|-------------|-------------------------|
| 13/8/2018      | FULL BODY      | DARK, COARSE | DPL, FDP  | 10 J/cm <sup>2</sup> , 5 J/cm <sup>2</sup> | BURST, SHORT |           | 2, 1   | 4:30 PM       | 6:15 PM     |                         |
| 10/9/18        | FULL BODY      | DARK         | DPL, FDP  | 10 J/cm <sup>2</sup> , 6 J/cm <sup>2</sup> | BURST, SHORT |           | 1-2, 1 | 4:25 PM       | 6 PM        |                         |
| 9/10/18        | Full Body      | Dark, Medium | DPI, FDP  | 16 J 6 J                                   | SHORT        |           | 2, 1   | 4:30 PM       | 6:15 PM     |                         |
| 4/11/18        | FULL BODY      | MEDIUM       | MIX / MIX | 4-6 J / 12.5-15                            | 16 SPOT SIZE |           | 1      | 5:15 PM       | 6:40 PM     |                         |
| 15/12/18       | FULL BODY      | MEDIUM       | MIX       | 7 J / 15                                   | SPOT: 20     |           | 1      | 5:45 PM       | 6:45 PM     | BURST                   |
| 16/12/18       | FULL BODY      | SHORT        | MIX / MIX | 7 J / 10 - 15 J / 12                       | SPOT: 20     |           | 1      | 12:20 PM      | 1:20 PM     | ADVISED FOLLOWUP + MESS |

Therapist Name and Signature: ALESSIE JANE

Blossie Peters



Patient's Name: **Sawsan Al Zahhar**

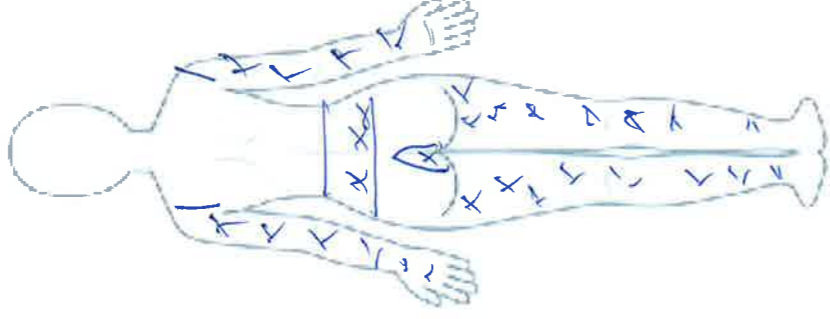
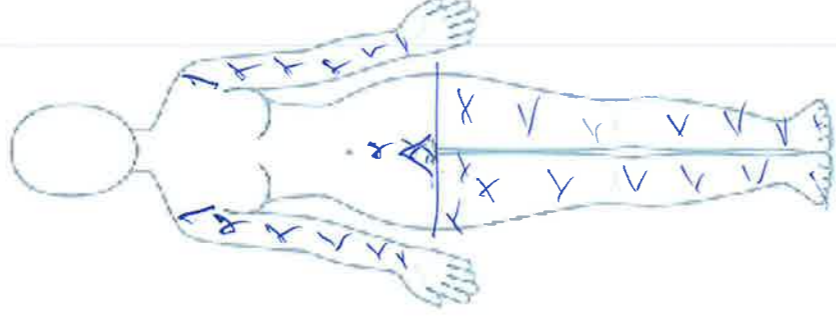
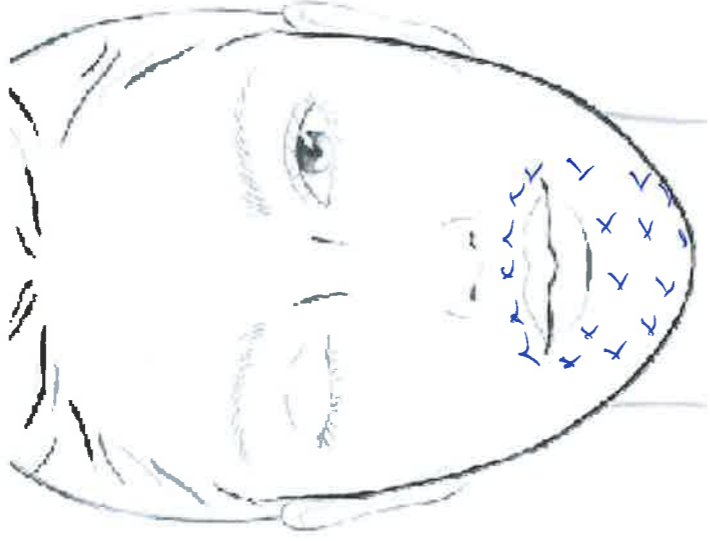
File Number: **رقم الملف**

Pain Relief given? Yes / No **1000752**

اسم المريض

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No



UL, chin, pends

|                | Session 1    | Session 2 | Session 3 | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|----------------|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Treatment Date | 6/7/19       | 3/8/19    |           |           |           |           |
| Treatment Area | Full body    | full body |           |           |           |           |
| Hair Type      | soft #1 D    | soft D    |           |           |           |           |
| Mode           | Alex do      | Alex do   |           |           |           |           |
| Fluence        | 10ms/8J      | Alex do   |           |           |           |           |
| Pulse Type     | ND YAY       | 8J/10     |           |           |           |           |
| CNT Pulse      | 1A/17 Bikini | ND YAC    |           |           |           |           |
| Passes         | 3-45PM       | 12/17mg   |           |           |           |           |
| Starting Time  | 4:45PM       | 6pm       |           |           |           |           |
| Finish Time    |              | 7pm       |           |           |           |           |
| Post Treatment |              |           |           |           |           |           |

*Handwritten signature*

Therapist Name and Signature .....



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,520.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001213

Date: 10-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000752 - SAWSAN AL ZAHAR - 0553333319

The sum of Dhs. Two Thousand Five Hundred Twenty Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,520.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being ADVANCE FOR 3 SESSIONS FULL BODY LHR

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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001406)

Date:09-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000752 - SAWSAN AL ZAHAR - 0553333319

The sum of Dhs. Eight Hundred Forty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 840.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-10-2018

Being

Made by   
Sawdan Al Zahar

---

**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 أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001602)

Date:04-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000752 - SAWSAN AL ZAHAR - 0553333319

The sum of Dhs. **Eight Hundred Forty Dirhams and Zero Filis Only**

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 840.00

Bank: \_\_\_\_\_

Date: 04-11-2018

Being \_\_\_\_\_

Made by SARA

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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001972)

Date:15-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000752 - SAWSAN AL ZAHAR - 0553333319

The sum of Dhs. **Eight Hundred Forty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **840.00**

Bank: Cheque No.

Date: 15-12-2018

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

AED 997.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002984)

Date: 16-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000752 - SAWSAN AL ZAHAR - 971558666999

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: 16-03-2019

Being

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 : 1000752 - SAWSAN AL ZAHAR - 971558666999

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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

**AED 735.00**

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003647)

Date: 11-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000752 - SAWSAN AL ZAHAR - 971558666999**

The sum of Dhs. **Seven Hundred Thirty-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **735.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 11-05-2019

Being **3 SESSION CARBON + 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 : **1000752 - SAWSAN AL ZAHAR - 971558666999**

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

**www.omc1.ae**



مركز أوركيك الطبية  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,575.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003646

Date: 11-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000752 - SAWSAN AL ZAHAR - 971558666999

The sum of Dhs. **One Thousand Five Hundred Seventy Five Only**By Cash **1,575.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Ⓜ ig **ADVANCE FOR 3 SESSION MESO FACE 1550** + VATMade 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

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





مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,307.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004329)

Date:06-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000752 - SAWSAN AL ZAHAR - 971558666999

The sum of Dhs. **Three Thousand Three Hundred Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **3,307.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 06-07-2019

Being **3 SESSION FULL BODY PLUS DEKA + 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 : 1000752 - SAWSAN AL ZAHAR - 971558666999

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)