



Date: 21/7/2018

File Number: 1000765

Patient Name: Amira Al mashhrawy

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 4/2/1993

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Palestine

Phone No. (رقم الهاتف): 052 9992014

Address (العنوان): Sharjah

How did you know about us: Google

E-MAIL:

.....

التاريخ الطبي Medical History	
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا/نعم <input checked="" type="checkbox"/>
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا/نعم <input checked="" type="checkbox"/>
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا/نعم <input checked="" type="checkbox"/>
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لا/نعم <input checked="" type="checkbox"/>
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا/نعم <input checked="" type="checkbox"/>
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا/نعم <input checked="" type="checkbox"/>
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	لا/نعم <input checked="" type="checkbox"/>
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، آزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	لا/نعم <input checked="" type="checkbox"/>
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	لا/نعم <input checked="" type="checkbox"/>
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Mensinual problems للسيدات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية	لا/نعم <input checked="" type="checkbox"/>
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	لا/نعم <input checked="" type="checkbox"/>
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا/نعم <input checked="" type="checkbox"/>
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا/نعم <input checked="" type="checkbox"/>
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا/نعم <input checked="" type="checkbox"/>
Other conditions من أي أمراض أخرى؟ HIV, HIV...etc فيروس الأيدز، فيروس الحماق النكسيت - etc	لا/نعم <input checked="" type="checkbox"/>

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (فصيلة الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

الجراحات السابقة، Hospitalization

عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

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	Amira,Emad,Taha,Asad Mohamed,Almashhravy	IDN:	784199238596508	Mother Name:	
Name (Ar)	أميرة، عماد، طه، أحمد، محمد، المشهور، أوي	Card Number:	088133054	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PSE	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	فلسطين		
Issue Date:	13/03/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	11/03/2021	Date of Birth:	04/02/1992	Sponsor Name:	شركة ابو ظبي للاعلام
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	10120157023633	Residency Expiry:	11/03/2021
ID Type:	IL	Occupation:	3462	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

7/21/2018



precisely Kindly Answer the following questions

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لترح بشرتك ؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدر؟ <input checked="" type="checkbox"/> لا / <input type="checkbox"/> لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes/ No	هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ <input checked="" type="checkbox"/> لا / <input type="checkbox"/> لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinon on Site? Yes/ No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلاليكوك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا
d you get exposed to sun or got tanned lately?	هل كنت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ <input checked="" type="checkbox"/> لا / <input type="checkbox"/> لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك أي وشيم / تاتو في منطقة العلاج؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا
What products you are using for your skin recently?	ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حاليا؟ <input checked="" type="checkbox"/> لا / <input type="checkbox"/> لا
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	للسيدات فقط : هل أنت حامل؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجي؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا

I hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser. I understand that laser produces a beam of light that generates an energy of a certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to impair its' ability to grow hair. I understand that the results of the treatment varies from one person to another by the variation of medical history and the skin type, hair type , patients commitment to precautions before and after sessions and the variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all the native hair removal methods and I choose removing my unwanted hair by laser.

I consent that I got the following precautions:

- it's not allowed to get tanned or use tanning solutions for 4-6 weeks before and after treatment.
- Waxing and Plucking must be avoided at least 6 weeks prior to sessions.
- Tattoos and permanent make up on treatment site will be affected by laser.
- Full Medical History must be given including previous treatments, allergies and skin type.
- people who took akutan during the last 6 months or any drugs that inhibits patients from sun exposure can not remove their hair by laser.
- I understand that i might see some change from first session, nevertheless the treatment will take many sessions to get the result.
- Side Effect
- side effects may include burning like redness. and it's possible to see some swelling or cracks. these side effects will fade away few hours to few days after treatment. hypo/hyperpigmentation is not common and it rarely last. it's advisable to avoid sun exposure. and to use sun protections.
- I consent that I had the chance to enquire and ask any questions I have to the therapist and I have read and understood the content of this form (or it was read to me) and I am more than 18 years old or I have the approval of my sponsor.

Name and Signature

Date

... / ... /

أقر أنا... بصيرة... المستحسن... أوركيد... بقومي الى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير الغريب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المعنور.

و أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طبقا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر.

و أتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع انهاء الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك و التفت و الكريكات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية و أي عقاقير تمنعهم من

التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات

الحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

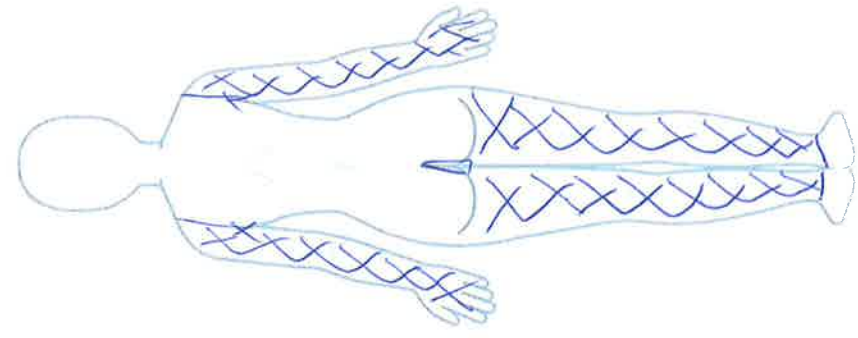
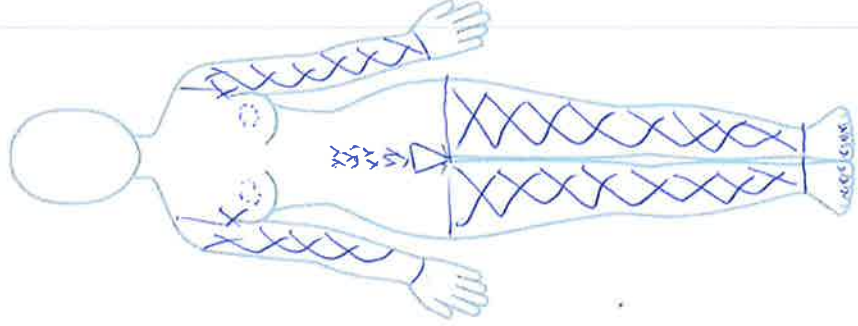
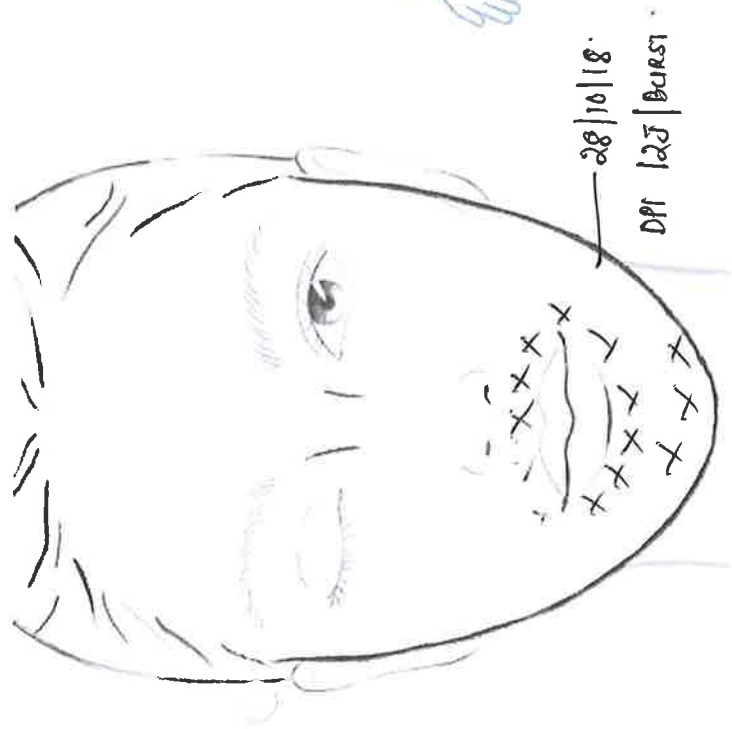
أقر أنه قد أتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ

... / ... / ...

Patient's Name: AMIRA M. MORSI HEGAWY
 File Number: 1000765
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



Treatment Date	Treatment Area	Hair Type	Mode	Fluence	Pulse Type	CNT Pulse	Passes	Starting Time	Finish Time	Post Treatment
21/7/18	Full Body	COARSE, DARK	DPI, FDP	18 J/cm ² , 6 J/cm ²	BURST, SHORT	1-2, 1	1-2, 1	1:50 PM	4 PM	MEDO CREAM
9/9/18	Full Body	COURSE, DARK	DPI, FDP	18 J/cm ² , 6 J/cm ²	BURST, SHORT	2, 1	2, 1	12:35 PM	2:30 PM	
28/10/18	Full body	DARK COARSE	DPI	20 J BURST	6 J/10-15 / 16 J/15-18	2 PASSES	2 PASSES	7:30 PM	8:45 PM	
17/12/18	Full Body	MEDIUM-FIN	MIX / MIX					2:40 PM	3:40 PM	
11/1/19	Full Body	M. THIN	ND YAG	15 J/18 MS	7/10 8/15					
20/8/19	Full Body	THIN	Alex 2.0	15 J/20 MS	13/20 bikini					

Therapist Name and Signature BUSSEIE...GAWY
 21/1/19



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000935)

Date:21-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000765 - AMIRA ALMASHRAWY - 971529992014

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

Bank: Cheque No.

Date: **21-07-2018**

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

AED 997.50

RECEIPT VOUCHER


No: REC-000936

Date: 21-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000765 - AMIRA ALMASHRAWY - 971529992014

The sum of Dhs. **Nine Hundred Ninety Seven and Five Fils Only**By Cash **997.50** / 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: _____

Being **FULL BODY LHR ADVANCE**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-001201)

Date: 09-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000765 - AMIRA ALMASHHRAWY - 971529992014

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 997.50

Bank: Cheque No.

Date: 09-09-2018

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

No: REC-001239

Date: 12-09-2018

AED 1,680.00


RECEIPT VOUCHER

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000765 - AMIRA ALMASHRAWY - 971529992014

The sum of Dhs. One Thousand Six Hundred Eighty Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,680.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: _____ Cheque No. _____ Date: _____

Being **ADVANCE FOR 2 SESSIONS FULL BODY LHR**Made by Ghada Tel: + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail: info@omc1.aewww.omc1.ae

1680

2 session

- 1 session

2 session

840

840

So Balance

For second session 682.5

By mistake

997.50



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001543)

Date: 28-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000765 - AMIRA ALMASHHRAWY - 971529992014

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 997.50

Bank: Cheque No.

Date: 28-10-2018

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

682.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001990)

Date:17-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000765 - AMIRA ALMASHRAWY - 971529992014

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 17-12-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيدي الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 997.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003174)

Date: 01-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000765 - AMIRA ALMASHHRAWY - 971529992014

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: 01-04-2019

Being FULL BODY LHR 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 : 1000765 - AMIRA ALMASHHRAWY - 971529992014

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 997.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004803)

Date: 20-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000765 - AMIRA ALMASHHRAWY - 971529992014

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: 20-08-2019

Being FULL BODY (HR)

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 : 1000765 - AMIRA ALMASHHRAWY - 971529992014

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



مركز أوركيدي الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006682)

Date:24-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000765 - AMIRA ALMASHHRAWY - 971529992014

The sum of Dhs. One Thousand Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,050.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-12-2019

Being she take 6 sessions bikini + vat

Made by Reem

- 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 : 1000765 - AMIRA ALMASHHRAWY - 971529992014

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