



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

Date: 28/7/2018

File Number: 1000773

Patient Name: Sondos Oridat

إسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 18/6/1981 Gender (الجنس): M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): .....

Nationality (الجنسية): Tunisia

Phone No. (رقم الهاتف): 0502254520

Address (العنوان): .....

How did you know about us: .....

E-MAIL: .....

.....

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



### Medical Consent Form

- I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition which has been explained to me by the qualified physician
- I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.
- I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.
- I authorize my treating doctor to perform any procedures which are advisable in their professional judgment.
- I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.
- I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.
- I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.
- I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.
- I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.
- I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its' content and I sign it with all my will.

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: 2017.7.2018

### نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المعقدة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحي الملف الصحية و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و ادي قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و ادي وقعت عليه بكامل ارادتي

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: .... / .... / .....

## Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

## المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No: .....

Date: / /

**خطة العلاج Treatment Plan**

Doctor's Signature and Stamp

.....





REDAD DATA

CAEAIOEBAA830DQXO\*

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**

<b>Name</b>	Sondess,,,Gdiri	<b>IDN:</b>	784198148291366	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	منصوب بنت نورادي,,,القنوي	<b>Card Number:</b>	088221626	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	TUN	<b>Family ID:</b>	
<b>Title(Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	تونس		
<b>Issue Date:</b>	19/03/2018	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	06
<b>Expiry Date:</b>	17/03/2020	<b>Date of Birth:</b>	18/06/1981	<b>Sponsor Name:</b>	التبونت المبريات
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	00
<b>Residency Type:</b>	02	<b>Residency Number:</b>	70120182003850	<b>Residency Expiry:</b>	17/03/2020
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	04	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo

Signature Image

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

7/28/2018



precisely Kindly Answer the following questions

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

I, G.D.I.R.I. Sangedas 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

G.D.I.R.I. Sangedas

Date

2017/ 2016

أقر أنا G.D.I.R.I. Sangedas الطبيب/ العارضة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

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

أتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج، وإني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك والتفك والكريات وإزالة الشعر بالشمع والكي وإني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.

- يجب تفادي 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 كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والحساسيات ونوع البشرة

- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكوتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أفهم أنه برغم التغيير الذي قد يحدثه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

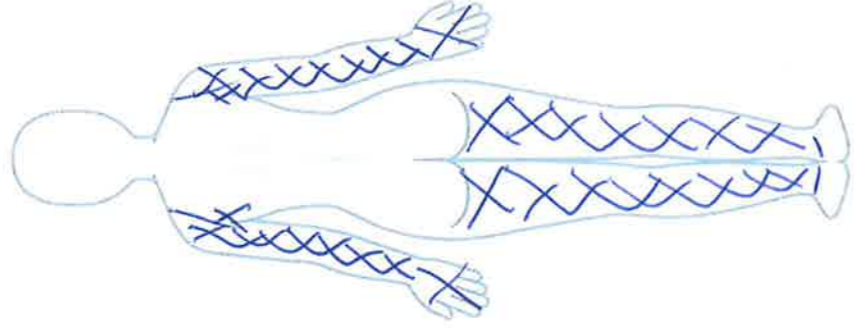
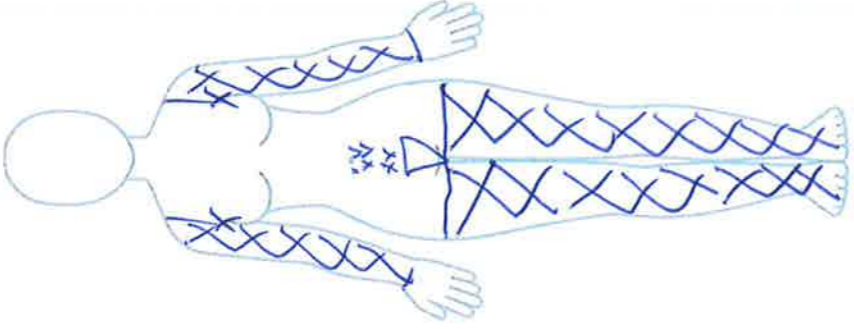
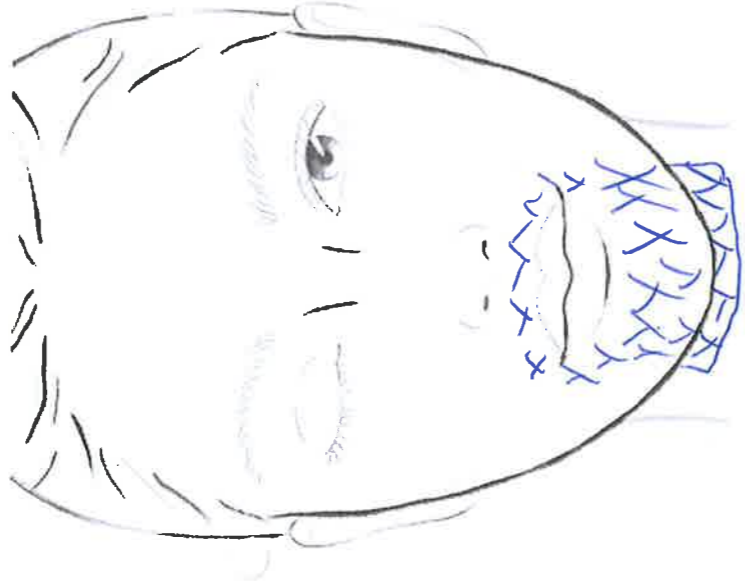
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق، و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات، و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج، نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها، و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيتحت لى الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قرأته لى، و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمري في حال علم بلوغى السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ

Patient's Name: SONDOS .....  
 File Number: 1000773 .....  
 Pain Relief given? Yes / No .....  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	28/7/18	25/8/18	29/9/18	27/10/18	1/5/19	
Treatment Area	Full BODY	Full BODY	Full BODY	Full BODY	Full BODY	
Hair Type	DARK, COURSE	DARK, COURSE	DARK, COURSE	DARK, COURSE	S/M/DARK	
Mode	DPL : FDP	DPL, FDP	DPL, FDP	DPL, FDP	ALEX	
Fluence	16 J/cm <sup>2</sup>	16 J/cm <sup>2</sup> , 5-7 J/cm <sup>2</sup>	18 J/cm <sup>2</sup> , 6-7 J/cm <sup>2</sup>	20 J/cm <sup>2</sup> , 6 J/cm <sup>2</sup>	# 10-12ms	
Pulse Type	BURST	BURST, SHORT	BURST, SHORT	BURST, SHORT	DIKNI 13 PAO	
CNT Pulse					20 Spots	
Passes	1-2	2, 1	2, 1	2, 1		
Starting Time	10:15 AM	10:30 AM	10:10 AM	10 AM	1 PM	
Finish Time	12:25 PM	12:40 PM	12:10 PM	12:40 PM	2:10 PM	
Post Treatment						Am.

Therapist Name and Signature: Samin





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000961)

Date: 28-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000773 - SONDOS GDIRI - 971502254520

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: 28-07-2018

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

AED 1,995.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-000962

Date: 28-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000773 - SONDOS GDIRI - 971502254520

The sum of Dhs. One Thousand Nine Hundred Ninety Five Only

By Cash 1,995.00 / 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:

Being ADVANCE FOR 2 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

997.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001113)

Date: 25-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000773 - SONDOS GDIRI - 971502254520

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: 25-08-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,520.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001226

Date: 12-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000773 - SONDOS GDIRI - 971502254520

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:

Paying 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 أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001331)

Date: 29-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000773 - SONDOS GDIRI - 971502254520

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: 29-09-2018

Being

Made by Shada

**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-001528)

Date:27-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000773 - SONDOS GDIRI - 971502254520

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: 27-10-2018

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)**