



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 12.1.2018

File Number: 1000785

Patient Name: Wadima Khoui

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 11.5.1996 Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): M.A.C

Phone No. (رقم الهاتف): 0501411878

Address (العنوان): Dhargah

E-MAIL:

How did you know about us: عائلتي

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 تعانين من أي أمراض؟ Surgical Operations, Serious Illness	Yes/No لا/نعم
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعانين 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
هل لديك فقر الدم، لوكيميا (سرطان الدم) أو أنيميا Anemia, Leukemia	Yes/No لا/نعم
هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	Yes/No لا/نعم
هل تعاني من أي أمراض في الثدي أو الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No لا/نعم
هل تعاني من أي أمراض في الثدي أو الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	Yes/No لا/نعم
هل تعاني من أمراض الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	Yes/No لا/نعم
هل تعاني من أمراض معوية أخرى؟ Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى	Yes/No لا/نعم
هل تعاني من أمراض في الجهاز العصبي؟ Epilepsy, or any other neurological disease	Yes/No لا/نعم
هل تعاني من مرض السكري أو الغدة الدرقية؟ Thyroid Diseases, Diabetes	Yes/No لا/نعم
هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ Other conditions فيروس الإيدز، فيروس الحلاّ 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 at 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: ... / ... /

نموذج لقرار 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 الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكر 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 العلمية.
- أقر أنه يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتابع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أؤكد أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالتهاب أو القرح أو النزف 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 قمته لي فتحي الملف صحيفاً و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا القرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

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

التاريخ: 18 / 08 / 2011



استشارة بـقيم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg
Pulse (النبض): ppm

Height (الطول): cm
Blood Pressure (الضغط الدم): /

Blood Type (فصيلة الدم):
Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، اذخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA
cAE10EBAA830DQxO

Public Data Readed Succ SHOW READED DATA

Confirm 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	Wadima,Abdulrahim,Abdulrazzaq,Mohamed,Khoury	IDN:	784199607149384	Mother Name:	Afra Faraj
Name (Ar)	وديمة عبدالرحيم عبدالرزاق محمد خوري	Card Number:	087841575	Mother Name (Ar):	عفراء فرج
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	151012109
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	22/02/2018	Date of Birth:	11/05/1996	Sponsor Name:	
Expiry Date:	22/02/2028	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	01	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	11	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				



Photo

Signature Image



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

8/1/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000985)

Date: 01-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000785 - WADIMA KHOURI - 971501411878

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

By Cash 157.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 01-08-2018

Being

Made by Ghada

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



precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟

دائماً المحترق , little tanned
 دائماً المحترق , Never Tanned
 قليلاً المحترق , Always Tanned
 نادراً المحترق , Always Tanned

هل ظهرت لديك علامات ندوب أو جدره ؟ نعم / لا

هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا

هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا

هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهاليدريكينون في منطقة العلاج ؟

هل قمت بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا

هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم / لا

هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا

هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا

ماهي المنتجات التي تستخدمها ليشارك حالياً؟

هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا

السيئات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا

هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / 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 بصحة عيني الحرة. مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

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

وأتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني 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 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 و يشمل ذلك العلاجات و الحساسيات و نوع البشرة

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

أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فلن 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 التشنجات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى 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 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 أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ

... / ... /

Patient's Name: MADINA KHOURI

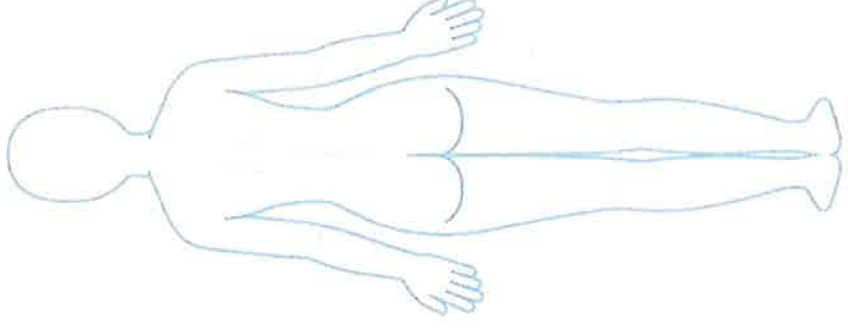
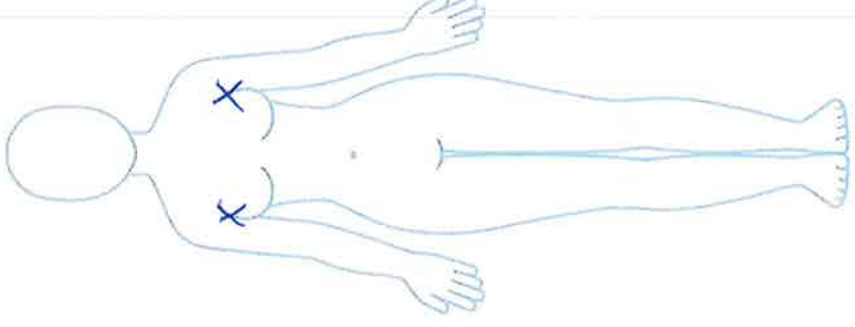
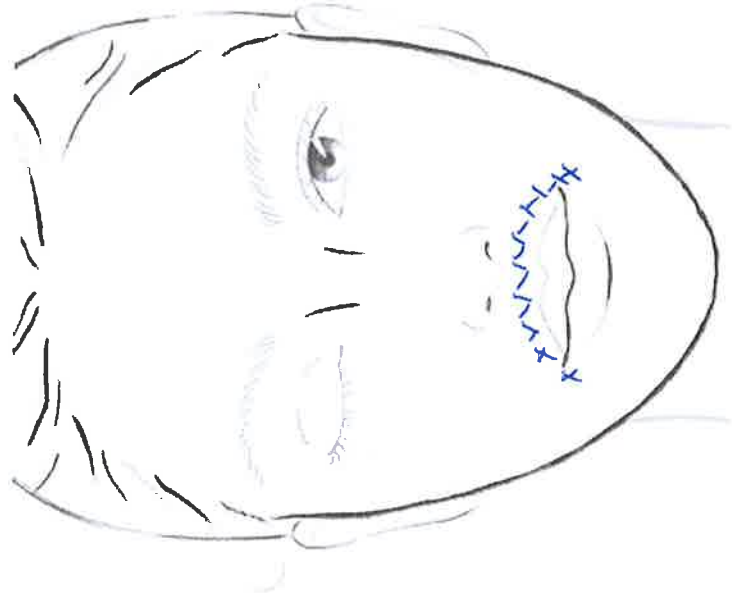
File Number: 100785

رقم الملف:

تاريخ المريض:

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	1/8/2018	29/3/18	4/10/18		
Treatment Area	UPPER LIP + UNDERARM	U-LIP + UNDERARM	U-LIP + UNDERARM		
Hair Type	COURSE, DARK	COURSE, DARK	COURSE, DARK		
Mode	DPI	DP1	DP1		
Fluence	16 J/cm ²	16 J/cm ²	18 J/cm ²		
Pulse Type	BURST	BURST	BURST		
CNT Pulse					
Passes	2	2	2		
Starting Time	7 AM	6:00 AM	11:50 AM		
Finish Time	7:40 AM	6:30 AM	12:05 PM		
Post Treatment					

Therapist Name and Signature: BESSIE JAWA



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001144)

Date:29-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000785 - WADIMA KHOURI - 971501411878

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

By Cash 157.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 29-08-2018

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

157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001365)

Date: 04-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000785 - WADIMA KHOURI - 971501411878

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 157.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-10-2018

Being

Made by Ghada

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