



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 5/8 / 2018

File Number: 1000795

Patient Name: Mccad Al Shaked

اسم المريض

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 19/ 4 / 1997 Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): Saudi

Occupation (الوظيفة)

Address (العنوان): Najman

Phone No. (رقم الهاتف): Instagram

E-MAIL:

How did you know about us: 0568317353

التاريخ الطبي Medical History	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment	هل تتعاطى اي ادوية او تتلقى اي علاجات حديثة؟
Corticosteroids/Immunosuppressant	هل تتعاطى اي ستيرويدات او مثبطات للمناعة؟
Allergies	هل لديك اي حساسية؟
Surgical Operations, Serious illness	هل اجريت اي عمليات جراحية او تعاني من اي امراض؟
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف او تتعاطى اي مميعات للدم؟
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	انيميا (فقر الدم)، لوكيميا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	هل تعاني من اي امراض في الكلى او امراض بولية او فحاسلية؟
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	للسيئات : هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي ملتح للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	قرحة معوية، داء كرون، اي امراض معوية اخرى؟
Epilepsy, or any other neurological disease	هل تعاني من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟
Thyroid Diseases, Diabetes	هل تعاني من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية؟
Other conditions	هل تعاني من اي امراض اخرى؟
HSV, HIV...etc	فيروس الايدز، فيروس الحماق البسيط etc



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: ... / ... /

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 الأشمل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا 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 المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات الجراحية و الجراحية.

و اترك ان 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فتحتي الملف صحية و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار 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 دون السن القانونية):

التاريخ: ٢٠١٨ / ٥ / ٢٠١٨

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs	الوزن (الكلغ): Weight (الوزن): Kg	الطول (السم): Height (الطول): 163 cm	نوع الدم (فصيلة الدم): Blood Type (فصيلة الدم):
	النبض (النبض): Pulse (النبض): ppm	ضغط الدم (مسط): Blood Pressure (مسط): /	سكر الدم (سكر الدم): Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة
Chief Complaint

weight gain or f.g in the
thighs area & sides

Iron diff.

التاريخ المرضي:
Disease History

الحساسية
Allergies

الأدوية
Medications

الحمل
Pregnancy

الجراحات السابقة ، عمليات المستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (التدخين): ~~Y~~ / ~~N~~

الكحول (الكحول): ~~Y~~ / ~~N~~

الأدوية (الأدوية): ~~Y~~ / ~~N~~

الملاحظات العامة و السريرية
General & Clinical Findings

Normal - BMI 20.6
Fat Percentage 29.5 %
Examination
BCA.

الصور الشعاعية
Radiography

التشخيص
Diagnosis

F.g patient

Treatment Plan خطة العلاج

05.08.2016
MUCCTAZIL DEIONIZATION, UP FILLER
AND PIP FOR FREE.

05.08.2016 PIP FOR FREE
DORF. PUTTING SAME TO
KUBO ~~SAFE~~ SUN KBO 2 MEDICAL
AND USE SUN BUCK CEMENT



20/4/19.

7 Sessions Endymed on the sides.
weekly once visit (2000 AED.)

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

Name	Mecad,Abdullah,M.,Alshareed	IDN:	784199754279695	Mother Name:	
Name (Ar)	معداء بنت عبد الله بن محمد القريني	Card Number:	079173318	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SAU	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	السعودية		
Issue Date:	12/07/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	12/07/2021	Date of Birth:	19/04/1997	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	IR	Occupation:	09	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/5/2018



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

2,257.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001000)

Date:05-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000795 - MEEAD AL SHAREED - 971568317353

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,257.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: _____

Date: 05-08-2018

Cheque No. _____

Being _____

Made by Ghada

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



يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بشكل دقيق Kindly Answer the following Questions Precisely

هل أنت حامل أو تقيمن بالإرضاع حالياً؟ نعم / لا	Are you pregnant or breast feeding? Yes / No
هل لديك اي حساسية؟ نعم / لا	Do you have a history of allergy or anaphylaxis? Yes / No
هل تتلقى اي علاجات حالياً؟ نعم / لا	Are you currently receiving any Medical Treatment? Yes / No
إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....	If Yes, provide more details.....
هل قمت سابقا بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا	Have you previously recieved any aesthetic treatment? Yes / No
إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....	If Yes, provide more details.....
هل قمت سابقا بأي علاج باستخدام البوتكس أو الغير؟ نعم / لا	Have you ever done any treatment with botox or filler? Yes / No
إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....	If yes, provide more details.....
ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟.....	What Areas are treated and when?.....
هل عانيت من اي اعراض جانبية بعد العلاج؟.....	Did you suffer any side effects after treatment?.....
هل عانيت من اي امراض مناعية؟ نعم / لا	Have you ever suffered from any auto immune disease? Yes / No
هل تعاني من اي التهابات او امراض جلدية؟ نعم / لا	Do you have any skin infections or inflammations? Yes / No
هل تتناول اي ستيرويدات او اسبرين و مميعات الدم؟ نعم / لا	Do you take any aspirin, steroids or anticoagulant? Yes / No
هل تعاني من اي حساسية خصوصا تجاه حمض الهالورنيك او التخدير الموضعي او اليبوتيكين؟ نعم / لا	Do you have any allergy, specially to Hyaluronic acid, Amide Local Anesthesia or Lidocaine? Yes / No
هل تعاني من تضخم الثدي؟ نعم / لا	Do you suffer of Hypertrophic Scarring? Yes / No
هل تعاني من اي مشاكل او امراض قلبية؟ نعم / لا	Do you suffer any cardiac disorders? Yes / No
إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....	If Yes, provide more details.....

I hereby consent that I have come to orchid medical center for Treatment with Botox / Filler.

I understand this is an elective procedure and I hereby voluntarily consent to treatment with dermal fillers for facial rejuvenation, lip enhancement, establish proper lip and smile lines, and replacing facial volume. or remove any unwanted wrinkles around eyes and forehead, The procedure has been fully explained to me. I also understand that any treatment performed is between me and the doctor/healthcare provider who is treating me and I will direct all post-operative questions or concerns to the treating clinician. I have read the above and understand it. My questions have been answered satisfactorily. I accept the risks and complications of the procedure and I understand that no guarantees are implied as to the outcome of the procedure. I also certify that if I have any changes in my medical history I will notify the doctor/healthcare professional who treated me immediately.

Patient Name and Signature

Date: ... / ... /

أقر أنني قد حضرت إلى مركز أوركيد الطبي للحصول على العلاج باستخدام حقن البوتكس و الغير.

أتقدم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري و أنني قد وقعت هذا الأقرار بإرادتي الكاملة لإجراء الحقن بالبوتكس / البوتكس لإعادة التضارة للوجه و تحسين مظهر الشفاه و تغيير مظهرها أو إعادة تضاريس الوجه. أو لحفاء التجاعيد في منطقة الجبهة و حول العين.

أقر أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل و أنني سوف أوجه جميع الاسئلة و الاستفسارات الى الطبيب المعالج قبل و بعد المعالجة.

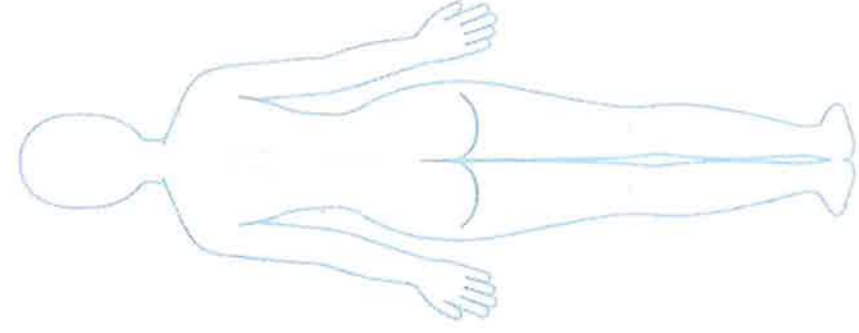
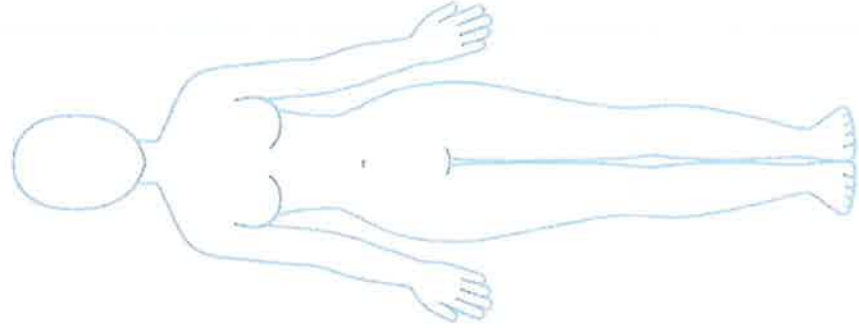
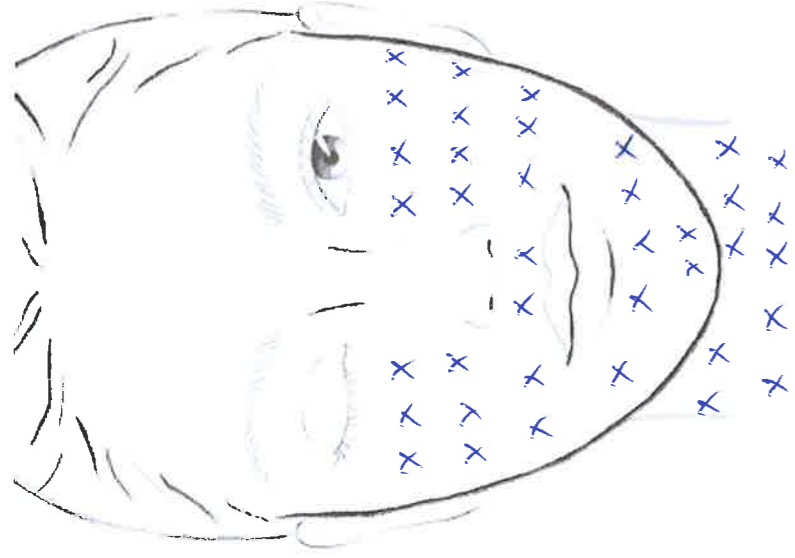
أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الأقرار و التقييم (أو تمت قرأته لي و أنا على علم بمحتواه) و أن جميع اسئلتي و استفساراتي قد أجيبت بالكامل و بشكل مرضي.

أقر أنني على علم بكامل الاخطار و المضاعفات التي قد تنتج عن هذا العلاج و اتقدم ان لا ضمانات قد قدمت لي لنتائج هذا الاجراء الطبي.

و أشهد أنني قد أعطيت المعلومات في هذا النموذج بشكل كامل و صحيح و أنني اتحمل مسؤولية التبليغ في حال اي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

إسم المريض و التوقيع

التاريخ: 2012/8/3



Filler Injection Log

Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

Botox Injection Log

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....



PPR Treatment Consent Form اقراء بالعلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية

Description of Treatment

This treatment involves the collection of your blood (approximately 11 - 22 ml), then your blood is spun down using a centrifuge to separate out the plasma and platelet portion using the separator gel as a special filter. The PRP portion of your blood is then used at the point of care to re-energize your cells into rejuvenating themselves. The product is 100% your own blood by-product (autologous). If you have any questions please do not hesitate to ask your physician or nurse.

Side Effects

you will likely experience mild to moderate swelling of the treated area, this will last for about 12- 24 hours; ice or cold compresses can be applied to reduce swelling if required. You may notice a tingling sensation while the cells are being activated. In rare cases skin infection may occur, which is easily treated with an anti-biotic.

Contraindications

You should not have PRP treatment done if you have any of the following conditions: Skin conditions and diseases including: Facial cancer, existing or uncured. This includes SCC, BCC and melanoma, systemic cancer, chemotherapy, steroid therapy, dermatological diseases affecting the face (i.e. Porphyria), Blood disorders and platelet abnormalities, Anticoagulation therapy (i.e.: Warfarin) Platelet dysfunction syndrome, critical thrombocytopenia, hypofibrinogenaemia, haemodynamic instability, sepsis, chronic liver disease, Hepatitis or any acute or chronic infections. Aspirin, Anti-inflammatory such as Nurofen, Voltaren, Diclofenac, or Naproxen etc.? St Johns Wort, Garlic, Are you currently taking, or have you recently taken (within 14 days) Vitamin E, or Fish Oil supplements that could have a thinning effect on your blood.

In case of presence of any previously mentioned contraindications please mention it here

Or Ask the doctor if you are not sure or you have any questions.

Patient's Name and Signature:

Date: ... / ... /

وصف العلاج

يتضمن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينة من دم المريض تساوي تقريبا (١١ - ٢٢) مل.
ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام سائل فاصل التفتيح بشكل خاص.
ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و إعادة التضارة لها.
هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض.
إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

الأمراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف الى المتوسط في لمخطة المعالجة. و قد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة؛ ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة المتورمة إذا تطلب الأمر. من الممكن ان تشعر ببعض الوخز الخفيف بينما يتم تنشيط الخلايا. نادرا ما يحصل العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضادات الحيوية.

موانع العلاج

- لا يجب ان تلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية: الامراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخلايا الحشرية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغرية و السرطان الجهازى و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الامراض الجلدية التي تصيب الوجه (مثال البريفيريا)، امراض الدم و الخال في الصفائح الدموية، علاج تخثر الدم (مثال البارفيرين)
- متلازمة خال الصفائح الدموية، نقص الحديد في عدد الصفائح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار تدفق الدم، حالات التعفن المزمع، امراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.
- تناول الاسبيرين و مضادات الالتهاب كالتيروفين و القوتارين و الميكوفيناك و القانوكسين. او مستحضرات التجميل. او اذا كنت تتناول حاليا (خلال الاربعة عشر يوما الماضية) مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي الى ترقق الدم. في حالة وجود احد موانع العلاج التي سبق ذكرها يرجى كتابة ذلك هنا

و اذا لم تكن متأكدًا او كانت لديك اي استفسارات اسأل الطبيب المختص،

اسم المريض / التوقيع

التاريخ: ... / ... / ...

قرار بالعلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية PRP Treatment Consent Form

I understand that due to the natural variation in quality of Platelet rich plasma, results will vary between individuals. I understand that although I may see a change after my first treatment; I may require a series of up to 6 sessions to obtain my desired outcome. The procedure and side effects has been explained to me including alternative methods; as have the advantages and disadvantages. I am advised that though good results are expected, the possibility and nature of complications cannot be accurately anticipated and that, therefore, there can be no guarantee as expressed or implied either as to the success or other result of the treatment. I am aware that the PRP treatment is not permanent as natural degradation will occur over time.

I authorize Dr. from Orchid Medical Center. perform the injection of PRP (Platelet Rich Plasma) for rejuvenation. This consent form will be valid for up to 6 applications of PRP, after which time I may be asked to compete a new form. I state that I have read (or it has been read to me) and I understand this consent and I understand the information contained in it. I have had the opportunity to ask any questions about the treatment including risks or alternatives and acknowledge that all my questions about the procedure have been answered in a satisfactory manner and that all blanks were filled in prior to my signature and I had the right to refuse the treatment. THIS CONSENT FORM IS VALID UNTIL ALL OR PART IS REVOKED BY ME IN WRITING. When completing the medical questionnaire, I have answered the personal medical history questions fully and to the best of my ability.

Patient's Name and Signature:

Date: ... / ... /

أتفهم أن نتائج هذا العلاج قد تتفاوت من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية.

وأتفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من بعد جلسة العلاج الأولى قد أحتاج حتى ٦ جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

أقر بأن هذا الإجراء الطبي وآثاره الجانبية و بدائله الممكنة و منافعه و مضاره قد شرحت لي بشكل كامل.

و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المضاعفات و طبيعتها بدقة. و بالتالي، لا توجد أي ضمانات واضحة أو ضمنية لنجاح

هذا العلاج أو أي نتائج أخرى.

أدرك أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجاً دائماً لأن التراجع الطبيعي سوف يحدث مع الوقت.

أفوض الدكتور

من مركز أوركيد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لإعادة النضارة. و إن هذا الإقرار و التوقيع سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قادمة.

و أنني قد أحتاج لتوقيع اقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الإقرار بالكامل (أو قد تمت قراءته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و أنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الإخطار و الأعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له.

و أن جميع أسئلتي قد أُجيببت بشكل كامل و وافي و أن جميع الاجابات التي ضمنتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملؤها قبل توقيعني أدناه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

إن هذا الإقرار صالح بالكامل حتى ألغيه كاملاً أو جزئياً و بخط اليد.

أقر أنني قد ملأت استمارة الاستمارة الطبية و شرحت تاريخي الطبي بشكل كامل و بكامل ارتبتي.

اسم المريض / التوقيع

التاريخ: ١٥ / ٨ / ٢٠٢٢



precisely Kindly Answer the following questions

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

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 type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادراً الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقاً علامات دبوب أو جدرة؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinon on Site? Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلاريك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بنف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ 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 / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?	ماهي المنتجات التي تستخدمها ليشركت حالياً؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم اللحية؟ نعم / لا

I, _____ hereby consent that I am a patient of the _____ clinic, and I understand that laser produces a beam of light that generates an energy of certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to repair 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, patient's commitment to precautions before and after sessions and the availability of individual responses to treatment. and I consent that I know all the a_____ative 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.
- 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

... / ... /

الاسم و التوقيع

.....

التاريخ

... / ... /

أقر أنا صاحب العيادة / العيادة الطبية / العيادة الجلدية / العيادة الجلدية باستخدام جهاز الليزر المحفور.

و أتعلم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم انبعاثها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. و أتعلم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع التزام المرضى بتعليمات العلاج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اختبرت إزالة الشعر بالليزر.

أقر أنني قد تفقت 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 كاملاً و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية 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.

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

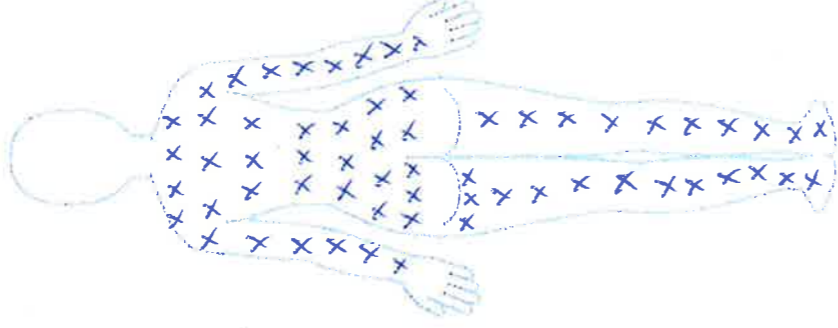
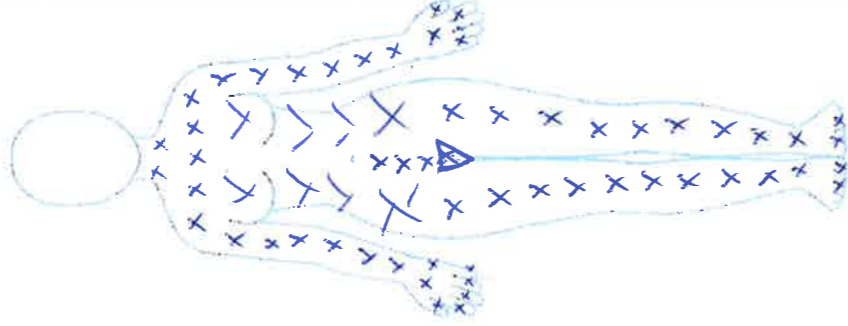
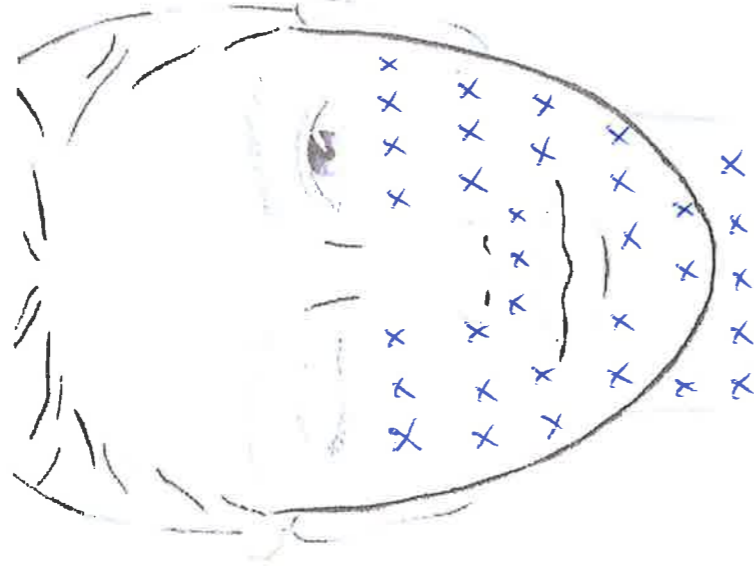
الأعراض الجانبية

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 أتحدث لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي. و إنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على الموافقة لأي أمر في حال علم بلدي السن القانوني.

Patient's Name: Megad Al Shehad اسم المريض
 File Number:
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No

Full body - $14 J/cm^2$



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	14/08/18	11/9/18	6/2/19			
Treatment Area	Full body	Full Body	Full Body			
Hair Type	Coarse	DARK, COARSE	DARK / M / Soft			
Mode	DPT, FDP	DPT, FDP	DPI FDP			
Fluence	14 - 12 J/cm ²	16 J/cm ² , 15 J/cm ²	16 J 5 J			
Pulse Type	BURST	BURST, SHOT	BURST, SHOT			
CMT Pulse						
Passes	2 passes	2	2.1			
Starting Time	6:30 pm	5-10 PM	12:00 PM			
Finish Time	8:30 pm	7:10 PM	3 PM			
Post Treatment		MESO GELUM				

Therapist Name and Signature SL



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001056)

Date:14-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000795 - MEEAD AL SHAREED - 971568317353

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 14-08-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,680.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001057

Date: 14-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000795 - MEEAD AL SHAREED - 971568317353

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 SESSION FULL BODY LHR

Made by Ghada

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001219)

Date: 11-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000795 - MEEAD AL SHAREED - 971557745182

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: 11-09-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001548)

Date:29-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000795 - MEEAD AL SHAREED - 971557745182

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen 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 **315.00**

Bank: Cheque No.

Date: 29-10-2018

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

787.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001717)

Date:15-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000795 - MEEAD AL SHAREED - 971557745182

The sum of Dhs. **Seven Hundred Eighty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **262.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **525.00**

Bank: Cheque No.

Date: **15-11-2018**

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

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002553)

Date:06-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000795 - MEEAD AL SHAREED - 971557745182

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

Bank:

Date: 06-02-2019

Cheque No.

Being

Made by **Ghada**

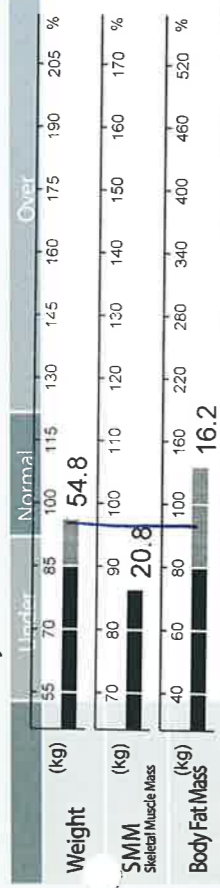
Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae

ID 200419-2 Height 163cm Age 22 Gender Female Test Date & Time 20.04.2019. 17:59

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	28.3 (29.1~35.5)
For building muscles	Protein (kg)	7.5 (7.8~9.6)
For strengthening bones	Minerals (kg)	2.76 (2.69~3.29)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	16.2 (11.4~18.3)
Sum of the above	Weight (kg)	54.8 (48.5~65.7)

Muscle-Fat Analysis



56 kg

InBody Score

72/100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person has a score over 100 points.

Weight Control

Target Weight 57.1 kg
Weight Control + 2.3 kg
Fat Control - 3.0 kg
Muscle Control + 5.3 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.85

Visceral Fat Level

Level: 6

Research Parameters

Fat Free Mass 38.6 kg
Basal Metabolic Rate 1205 kcal (1190~1373)
Obesity Degree 96 % (90~110)
Recommended calorie intake 2352 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	96	Gateball	104
Walking	110	Yoga	110
Badminton	124	Table Tennis	124
Tennis	164	Bicycling	164
Boxing	164	Basketball	164
Mountain Climbing	179	Jumping Rope	192
Aerobics	192	Jogging	192
Soccer	192	Swimming	192
Japanese Fencing	274	Racketball	274
Squash	274	Taekwondo	274

* Based on your current weight
* Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code

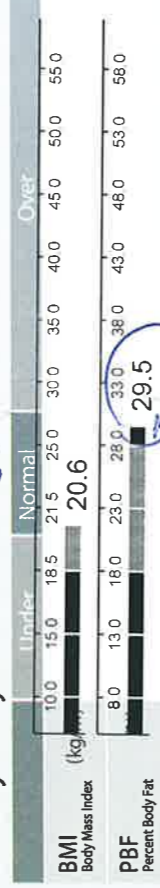
Scan the QR Code to see results interpretation in more detail



Impedance

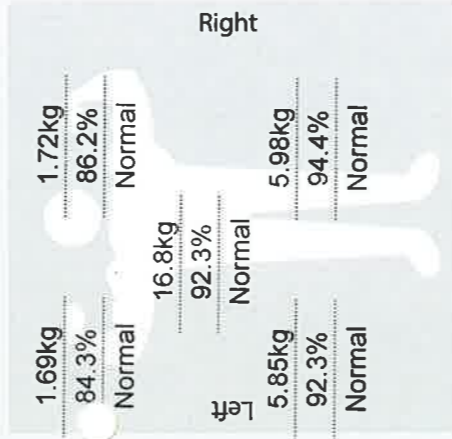
RA LA LR RL LL
Z(Ω) 20.3 / 469.4 479.3 26.0 324.3 340.5
I(A) 0.4 / 427.2 439.1 22.2 293.9 308.6

Obesity Analysis

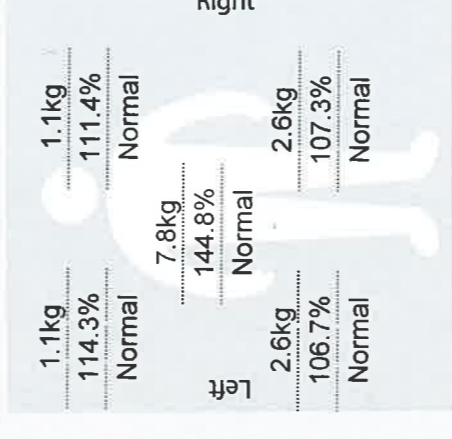


24.1

Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



* Segmental fat is estimated.

Body Composition History

Weight (kg)	54.8
SMM (kg)	20.8
PBF (%)	29.5