



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 7 / 8 / 2018

File Number: 1000802

Patient Name: Fatima Al Junabi

إسم المريض

Date Of Birth: 19 / 9 / 1984 (تاريخ الميلاد) Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: U.a.e (الجنسية) Occupation: (الوظيفة)

Address: Sharjah (العنوان)

Phone No: 506200122 (رقم الهاتف)

E-MAIL: (البريد الإلكتروني)

How did you know about us: Facebook

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا/نعم	لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا/نعم	لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا/نعم	لا
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لا/نعم	لا
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	لا
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التثقب أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا/نعم	لا اعاني ارتفاع ضغط الدم
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا/نعم	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	لا/نعم	لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	لا/نعم	لا
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيدات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية	لا/نعم	لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	لا/نعم	لا
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا/نعم	لا
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا/نعم	لا
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	لا/نعم	لا
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الأبتز، فيروس الحلا البسيط	لا/نعم	لا

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 الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا 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 لم يتم تقديم أي ضمانات أو تفمين لتنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقامة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحوبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و اترك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام 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 قدمته لدي فتحي اللطف صحيحة. و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ينبغي سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم 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: / /

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

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):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعوي 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

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
7/8/18	VMC FULL BODY WITH FRONT & BACK			
24-2-19	Package 1000	1000		
	Remaining Full body vikiini			
	Scaling + facial + Carbon			
	Full body Done			
	Remaining Scaling + Carbon			
	Facial			
8.4.19	Carbon + Facial Done			
16.07.2019	carbon laser			

د. وسام مروان الطباع
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 اختصاصي جلدية
 Dermatology specialist
 MOH License No.: V826
 مركز أوركيدي الطبي
 Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 اختصاصي جلدية
 Dermatology specialist
 MOH License No.: V826
 مركز أوركيدي الطبي
 Orchid Medical Centre

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

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	Fatima Hamad Khamis Almukaini, Al Juraibi		
Name (Ar)	فاطمة حمد خديجة الجنبى		
Title:	IDN:	784198430205413	Mother Name:
Title (Ar):	Card Number:	066644177	Mother Name (Ar):
Issue Date:	Nationality:	ARE	Family ID:
Expiry Date:	Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	101048189
Marital Status:	Sex:	F	Sponsor Type:
Residency Type:	Date of Birth:	19/09/1984	Sponsor Name:
ID Type:	Husband IDN:		Sponsor Number:
	Residency Number:		Residency Expiry:
	Occupation:	99	Occupation Field:
			00

Photo



Signature Image

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

8/7/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,207.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001009)

Date:07-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000802 - FATIMA AL JUNAIBI - 971506200122

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **1,207.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **07-08-2018**

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

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 type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جذرة؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes/ No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو قروحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotretinoin in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون 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 حوض الجلوكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت ببتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل كانت اخر مرة تعرضت فيها لإشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بطبقة تسمير؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل لديك أي وشموم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركت حاليا؟
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا

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
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير العرقي به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.
و أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طبقة من الضوء الذي يطلق ذرات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر تحطم قدرتها على انماء الشعر.
و أتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج، و إني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إني اختبرت 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 الكياج 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 أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظ 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 الى عدة ايام 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 أتحدث لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و اني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

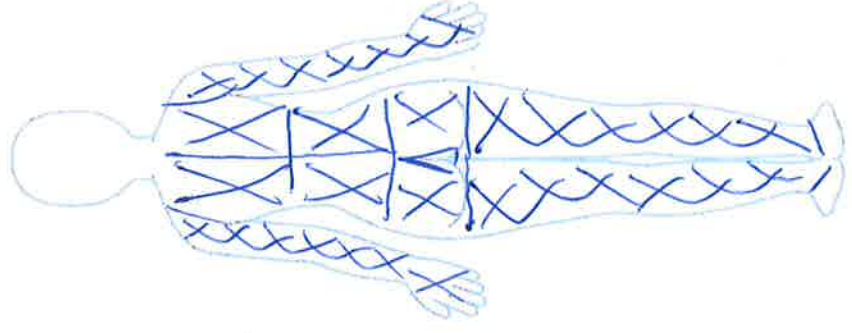
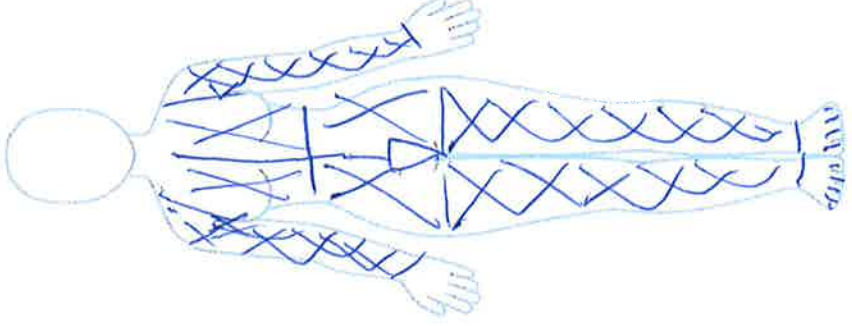
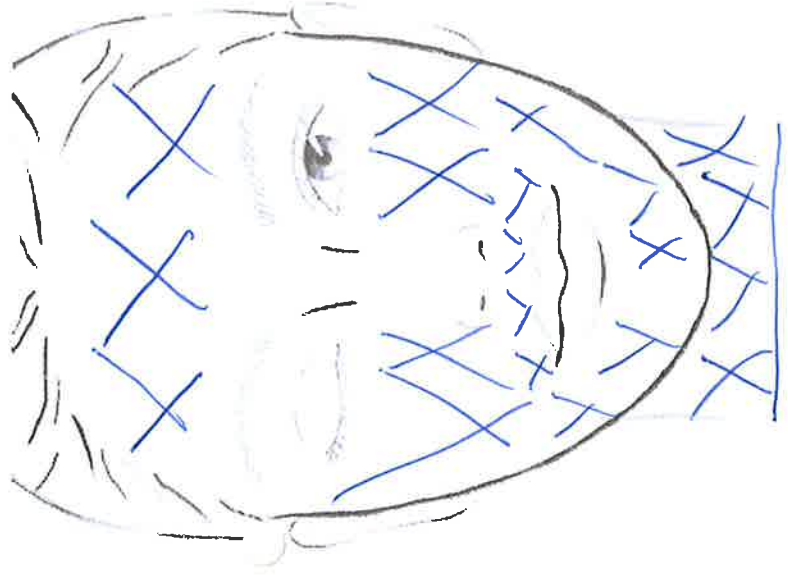
الاسم و التوقيع

.....
Fatima

التاريخ

..... / /

Patient's Name::اسم المريض.....
 File Number::رقم الملف.....
 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	7/8/18	23/03/19				
Treatment Area	FULL BODY	FULL BODY				
Hair Type	DARK, COARSE	DARK, FINE + COARSE				
Mode	DPI, FDP	DPI, FDP				
Fluence	16 J/cm ² , 6 J/cm ²	16 J/cm ² , 14				
Pulse Type	BURST, SHORT	BURST				
CNT Pulse	2, 1					
Passes		2				
Starting Time	1:35 PM	4 PM				
Finish Time	4 PM	5:45 PM				
Post Treatment		w/o front and back fucidant				
Therapist Name and Signature	BESSIE					



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002740)

Date:24-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000802 - FATIMA AL JUNAIBI - 971506200122

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

By Cash **1,000.00** / By Credit Card **50.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 24-02-2019

Being **PACKAGE 1000 INCLUDES FULL BODY + CARBON LASER+ FACIAL+ SCALING POLISHING**

Made by **Rana**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,879.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003271

Date: 08-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000802 - FATIMA AL JUNAIBI - 971506200122

The sum of Dhs. **One Thousand Eight Hundred Seventy Nine and Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,879.50 (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 SESSION CARBON (700) + 1 SESSION GOLD STAMP (490) + 2 SESSION LIP WHITENING (600)+ 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

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