



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 8/18/2018

File Number: 1000810

Patient Name: Abhyudya Garg

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 27/12/1985 Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الجماعية):

Nationality (الجنسية): India

Phone No. (رقم الهاتف): 561154108

Address (العنوان): بعبطيك

E-MAIL: Google

How did you know about us:

التاريخ الطبي
Medical History

الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى اي ادوية او تتلقى اي علاجات حديثة؟	Yes/No لا/نعم	No
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى اي سترويدات او مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم	No
Allergies هل لديك اي حساسية؟	Yes/No لا/نعم	No
Surgical Operations, Serious illness هل اجريت اي عمليات جراحية او تعاني من اي امراض؟	Yes/No لا/نعم	No
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	Yes/No لا/نعم	No
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف او تتعاطى اي مميعات للدم؟	Yes/No لا/نعم	No
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Yes/No لا/نعم	No
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	Yes/No لا/نعم	No
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟	Yes/No لا/نعم	No
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems السيدات: هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي موانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No لا/نعم	No
Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	Yes/No لا/نعم	No
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، اي امراض معوية اخرى؟	Yes/No لا/نعم	No
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم	No
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم	No
Other conditions من اي امراض اخرى؟ HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا السسيط etc	Yes/No لا/نعم	No

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: ٢٠١٤ / ٠٩ / ٢٠

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 الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الافضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف 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 الصانع باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين نتاج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقامة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فتحي اللطف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تنطق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً 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: / /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg
Pulse (النبض): ppm
Height (الطول): cm
Blood Pressure (الضغط الدم): /
Blood Type (مجموعة الدم):
Blood Sugar (السكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، الخصال للمستشفى

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

Treatment Plan خطة العلاج

02.02.2015

CONSULTATION ABOUT PEP
FOR HAZEL. PRESENT AND
KIDNEY 2. STONES AT OTHER



Doctor's Signature and Stamp

.....

PRP Treatment Consent Form اقرار 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; ics 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, Votaren, 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.

Abbyudaya

Patient's Name and Signature:

Abbyudaya

Date: 09/09/2016

وصف العلاج

يتضمن العلاج باستئصال البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينة من دم المريض تساري ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما والصفائح باستخدام سائل فاصل للتفتيح بشكل خاص. ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و إعادة التضاراة لها. هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض. اذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

الاعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الخفيف الي المتوسط في المنطقة المعالجة. وقد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة المبردة اذا تطلب الأمر. من الممكن ان تشعر ببعض الخوخ الخفيف بينما يتم تنشيط الخلايا. نادراً ما يصاحب العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضادات الحيوية.

موانع العلاج

- لا يجب أن تلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية:
 - الأمراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخلايا الحرشفية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغوية و السرطان الجهازى و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الأمراض الجلدية التي تصيب الوجه (مثال البروفيريا) أمراض الدم و الخلل في الصفائح الدموية. علاج خثر الدم (مثال الوروفين)
 - متلازمة خال الصفائح الدموية، القصور الحاد في عدد الصفائح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار تنفق الدم، حالات التعفن المبري، أمراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.
 - تناول الاسبيرين و مضادات الالتهاب كالتيفين و الفولريفين و اليبكوفيناك و الفايوكسين، أو مستحضرات التجم. أو اذا كنت تتناول حالياً (خلال الاربعة عشر يوما الماضية) مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي الي ترقق الدم.

في حالة وجود احد موانع العلاج التي سبق ذكرها يرجى كتابة ذلك هنا

و اذا لم تكن متأكدا او كانت لديك اي استفسارات اسأل الطبيب المختص.

اسم المريض / التوقيع

التاريخ: ... / ... / ...

PRP Treatment Consent Form اقرار بالعلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية

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:

Abdulmajid Abdulmajid

Date: ٩ / ٩ / ٢٠١٤

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

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

أقر بأن هذا الإجراء الطبي و آثاره الجانبية و بدائله المكثة 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 او 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 التضارئة، و ان هذا الاقرار و التفويض سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قادمة.
و أنني قد أحتاج لتوقيع اقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الاقرار بالكامل (و 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 الاخطار و الاعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له. و أن جميع اسئلتني قد أجيببت 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.

ان هذا الاقرار صالح بالكامل حتى أغيبه كاملاً أو جزئياً و بخط اليد.

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

اسم المريض / التوقيع

التاريخ: ... / ... /



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 840.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001015

Date: 08-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000810 - ABHYUDYA GARG - 971561154108

The sum of Dhs. **Eight Hundred Fourty Only**By Cash **840.00** / 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 PRP FOR HAIR**

Made by Ghada

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

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	Abhyudya,,,Garg	IDN:	784198584050904	Mother Name:	
Name (Ar)	ابهوديا,,,جارج	Card Number:	085700156	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IND	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الهند		
Issue Date:	09/10/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	03/10/2019	Date of Birth:	22/12/1985	Sponsor Name:	(دریجید انفر ایسز لیمنٹ (مکتب تمثیل
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120112326061	Residency Expiry:	03/10/2019
ID Type:	IL	Occupation:	1233	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/8/2018



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001014)

Date:08-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000810 - ABHYUDYA GARG - 971561154108

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: 08-08-2018

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

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001355)

Date:03-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000810 - ABHYUDYA GARG - 971561154108

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: 03-10-2018

Being

Made by Ghada 

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