

Date: 2018 / 8 / 28
Patient Name: Maya AL HAJJALI
Date Of Birth: 24 / 1 / 1994 Gender: M / F
Nationality: Syria
Address: Same building
E-MAIL: Same building
File Number: 1000822
اسم المريض:
Marital Status: (الحالة الاجتماعية):
Phone No. (رقم الهاتف): 0508877696
How did you know about us: Same building

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

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 الأمثل 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 العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الإختار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الإختار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و امرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب 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 انتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فقهي الملف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي صحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحها 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

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نصبة الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط 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 (تداعلي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMi

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	Maya,Bassam,Al Hajjali	IDN:	784200405837905	Mother Name:	
Name (Ar)	مايا،بسام،الحجلى	Card Number:	083594516	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	24/05/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	21/05/2020	Date of Birth:	24/01/2004	Sponsor Name:	منى كمال نصر
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	0139393889
Residency Type:	03	Residency Number:	30120173015439	Residency Expiry:	21/05/2020
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

No signature / بدون إمضاء

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

8/12/2018



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001036)

Date:12-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000822 - MAYA AL HAJALI - 97150887696

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **105.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 12-08-2018

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 لفرع بشرتك؟

دائماً الاحترق , little tanned
 دائماً الاحترق , Never Tanned
 قليلاً الاحترق , Always Tanned
 نادراً الاحترق , Rarely Tanned

هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره ؟ لا

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

هل تناولت عقار الكورتيزون / الستيرويدات خلال الست أشهر الماضية؟ لا

هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكورتون في منطقة العلاج ؟

هل قمت بتق أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منطه العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ لا

متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لإشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحمسة تسمير؟

هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ لا

هل لديك اي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ لا

هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ لا

ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشريك حالياً؟

هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ لا

السيدات فقط : هل انت حامل؟ لا

هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ لا

..... hereby consent that
 came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser.
 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
 impair its' ability to grow hair.
 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
 variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all
 the all- time hair removal methods and I choose removing my unwanted
 hair by laser.

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
 ... / ... /

أقر أنا
 مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز
 الليزر المتطور.

و أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طبقاً من الضوء الذي يولد الطاقة ذات طول موجي معين يتم
 امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على أثناء الشعر.
 وأنهم أن تنتج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع
 الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص
 للعلاج، و أي علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كاللصق و التفت و الكريمات و إزالة
 الشعر بالشمع و الكي و أي اختبرت إزالة الشعر بالليزر،

أقر بأنني قد تقيت التعليمات التالية:

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

- يجب تفادي إزالة الشعر بالشع 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 الكورتيزون خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من
 التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألمحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات

الحصول على النتيجة المطلوبة.
 الأعراض الجانبية

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

أقر أنه قد أتيت لمي 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 التامة عشر من عمري و حصلت
 على موافقة واعي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ

١٤ / ١١ / ٢٠١٢

اسم المريض: Maya Hejale

Patient's Name:

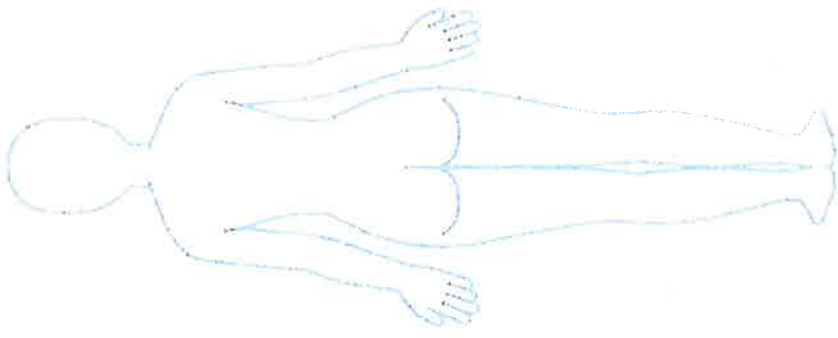
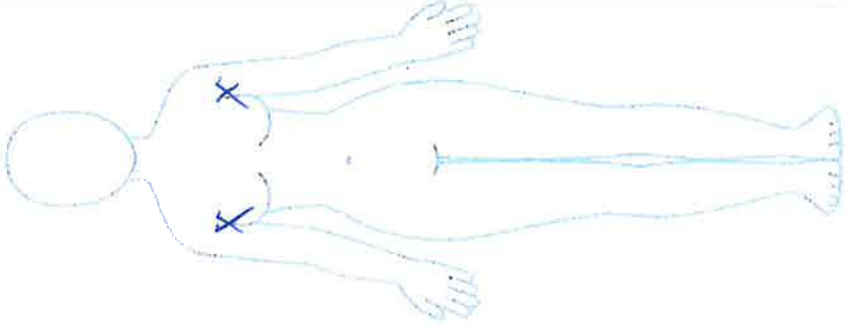
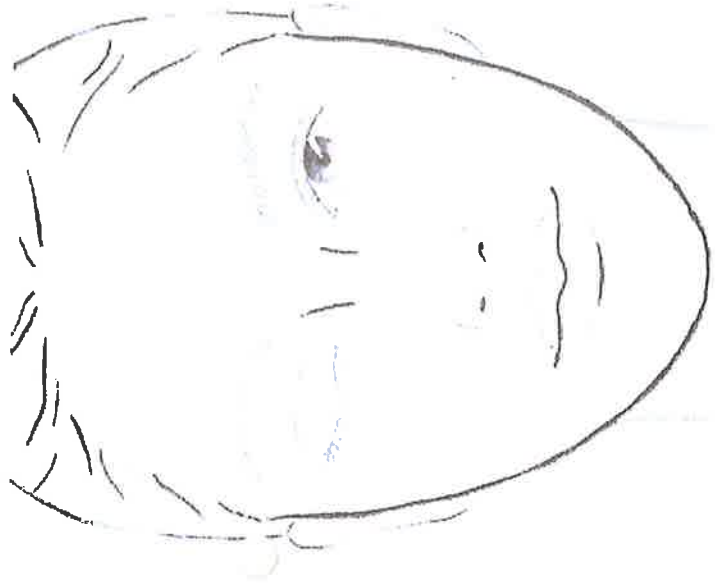
رقم الملف:

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No

1000829



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	12/08/2018	02/12/18	21/11/19.			
Treatment Area	UNDER ARMS	UNDER ARMS	UNDER ARMS			
Hair Type	DARK, COARSE	DARK	DARK			
Mode	FPP	ALEX	ND YAG (208PPT)			
Fluence	25/CM ²	75/20	18/25			
Pulse Type	SHORT					
CMT Pulse						
Passes	1		1			
Starting Time	5:30 PM	6:30 PM	4 PM			
Finish Time	5:45 PM	6:40 PM				
Post Treatment	FUCICORT	MEDO + FUCICORT	MEDO			

BESSIE JANE

Therapist Name and Signature

Boor



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002082)

Date:26-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000822 - MAYA AL HAJALI - 971508877696

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 105.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

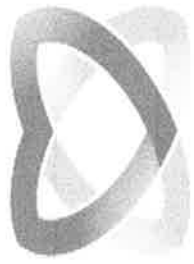
Bank: Cheque No.

Date: 26-12-2018

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

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003192)

Date: 02-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000822 - MAYA AL HAJALI - 971508877696

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: 02-04-2019

Being UNDER ARMS DEKA + 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

Confirmed by : 1000822 - MAYA AL HAJALI - 971508877696

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