



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 14/8/2018

File Number: 1000829

Patient Name: Vinita Kumar

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1/2/1996 Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): India

Address (العنوان): Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 0544431621

E-MAIL:

How did you know about us: Google

التاريخ الطبي
Medical History

| الحالة الطبية Medical Condition | Yes/No نعم / لا | 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؟ | Yes/No لا/نعم | NO |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو محبطات للمناعة؟ | Yes/No لا/نعم | NO |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟ | Yes/No لا/نعم | NO |
| Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟ | 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، أمراض القلب | Yes/No نعم / لا | NO |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات لدم؟ | Yes/No لا/نعم | NO |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكميميا (سرطان الدم) | Yes/No لا/نعم | NO |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى | Yes/No نعم / لا | NO |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟ | Yes/No لا/نعم | NO |
| For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيدات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية | Yes/No لا/نعم | NO |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى | Yes/No لا/نعم | NO |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ | Yes/No لا/نعم | NO |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | Yes/No لا/نعم | NO |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ | Yes/No لا/نعم | NO |
| Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HIV, HIV...etc | Yes/No لا/نعم | NO |



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007575)

Date:10-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000829 - VINITHA KUMAR - 971544431621

The sum of Dhs. **Fifty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash 0.00 / By Credit Card 52.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 10-02-2020

Being 1 SESSION BEARD + VAT

Made by Reem

- 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 : 1000829 - VINITHA KUMAR - 971544431621

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



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: 14 / 8 / 18

تموذج اقرار طبي

- أوافق وأسمح 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 ترويدي بالعلاج الأفضل والخلة والخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفهم الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة والمتطورة بحكم خبرته المهنية والطبية.
- أفهم أنه لم يتم تقييم أي ضمانات أو نتائج لتتبع العلاجات والإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أفهم الأخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية والجراحية.
- وأدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالإقياب أو القوم أو النزف أو الألم أو الحساسية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية وأن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أفهم أن كافة المطالبات الطبية والتاريخ الطبي الذي قدمته لي قد بقي الملقف صحيحة، و أفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفصاح عليها دون موافقتي.
- أفهم أن لدي المطالبات الكاملة لتقييم هذا القرار، وأن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بأكمل ارادتي

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

التاريخ: ... / ... /

File No:

Date: / /

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Blood Type (نوعية 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 (تعاطي 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

.....



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001055)

Date:14-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000829 - VINITHA KUMAR - 971544431621

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 52.50 / 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



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 , قليلا 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 checked="" type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned | <input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار |
| Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No | هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدرية؟ نعم / لا |
| Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No | هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو قرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا |
| Have you Taken Akutan or Isotretinoin 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 Hydroquinone on Site? Yes / No | هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا |
| Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No | هل قمت بتفك أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No | متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحمسة تسمير؟ 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 سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا |
| What products you are using for your skin recently? | عالمي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليعريك حاليا؟ |
| Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No | هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ 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 سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / 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 repair 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 origin 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
.....
A. Niniha

Date
14/8/2018

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

و أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طبقا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. و أتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إني علمي علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالخلق و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إني اختبرت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بانني 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 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 يحكمهم 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 القرح 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.

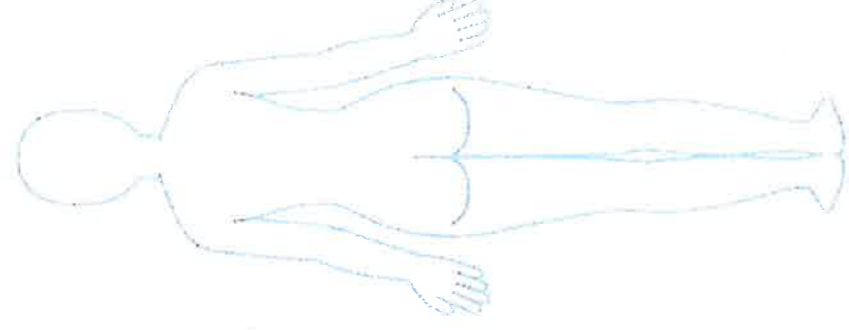
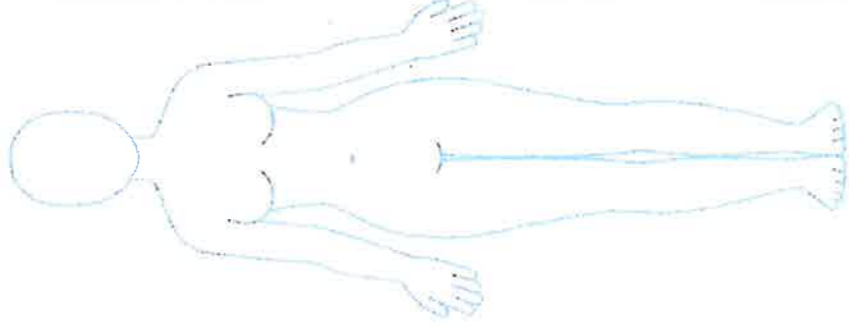
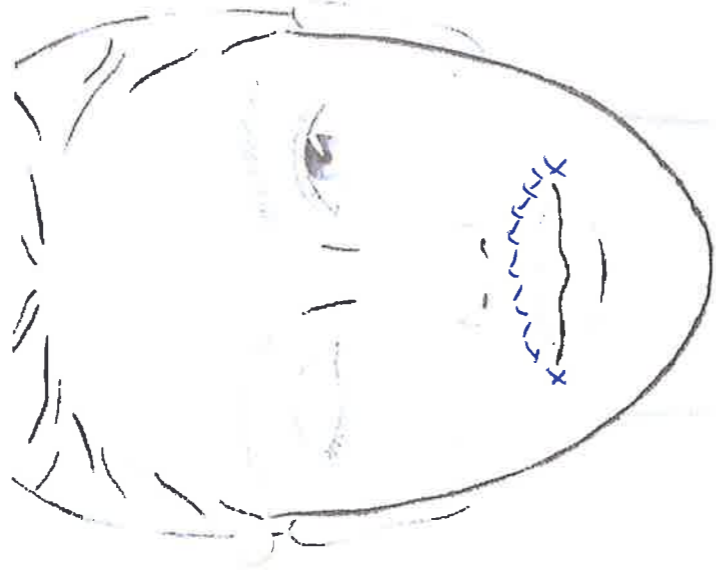
أقر أنه قد أتيتك لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت التامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمرى في حال علم بلوغى السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ

..... / /

Patient's Name: V. VIVIANA اسم المريض
 File Number: 1000229 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 | 14/8/12 | 6/10/18 | 10/2/20 | | | |
| Treatment Area | UPPER LIP | WH | UK | | | |
| Hair Type | DARK, COARSE | DARK, COARSE | DARK THICK | | | |
| Mode | DP1 | DPI | ND YAU 20 | | | |
| Fluence | 16 J/cm ² | 16 J/cm ² | 15 J/20 | | | |
| Pulse Type | BURST | BURST | 1 pass | | | |
| CNT Pulse | | | | | | |
| Passes | 2 | 2 pass | | | | |
| Starting Time | 5:20 PM | 2:50 PM | 5 PM | | | |
| Finish Time | 5:35 PM | 3 PM | | | | |
| Post Treatment | FUCONAT | | Bea | | | |

Therapist Name and Signature BESSIE



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

52.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001381)

Date: 06-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000829 - VINITHA KUMAR - 971544431621

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 52.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-10-2018

Being

Made by Ghada 

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