



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 5/8/2018

File Number: 1000330

Patient Name: Suhaila Mohmmad Shareef

اسم المريض

Date Of Birth: 22/12/1974 Gender: M (F)

Marital Status: Single

Nationality: UAE Occupation: Pharmacist

Address: (العنوان)

Phone No. (رقم الهاتف): 050 6444554

E-MAIL:

How did you know about us: Friend.

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

نموذج القرار الطبي

أوافق و أسمح للطبيب بإجراء حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المعنى،

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتفحصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالصحة الأفضل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في القمص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب السالم باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

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

و أترك ان بعض الإجراءات التفحصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالاتهاب أو التوريم أو التوريف 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 المطالبات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدى فتحني الملف صحية و أتفهم ان اي مطالبات تتناقض بحالتي الصحية ستبقى 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 ادي قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و ادي وقعت علي بأكمل ارادتي

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

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

Date: ... / ... /

التاريخ: ... / ... /

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg
Pulse (النبض): ppm

Height (الطول): cm
Blood Pressure (ضغط الدم): /
Blood Type (نصبة 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 ، أفعال للمستشفى

Smoking (التخين): 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

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBAa630DQxO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Sohaia,Mohamed,Shareef,Abdulghafour,Abdulla Alawadhi	IDN:	784197335379380	Mother Name:	
Name (Ar)	سهياء محمد شريف عبدالغفور عبدالله العوضي	Card Number:	090391683	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	702002181
Issue Date:	08/08/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	08/08/2028	Date of Birth:	01/07/1973	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/15/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,680.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001059

Date: 15-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000830 - SOHAILA AL AWADHI - 0502254520

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 SESSIONS FULL BODY LHR

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001058)

Date:15-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000830 - SOHAILA AL AWADHI - 0502254520

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: 15-08-2018

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 لنوع بشرتك ؟	<input type="checkbox"/> دائماً الاحترق , قليلاً الاسمرار <input type="checkbox"/> دائماً الاحترق , عديم الاسمرار <input checked="" type="checkbox"/> قليلاً الاحترق , دائماً الاسمرار <input type="checkbox"/> نادراً الاحترق , دائماً الاسمرار
هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره ؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدريكينون في منطقة العلاج ؟	<input checked="" type="checkbox"/> نعم / لا
هل قمت بنقف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
حتى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بلبسة تسمير؟	<input checked="" type="checkbox"/> نعم / لا
هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشربك حالياً؟
هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا
السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> لا
هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا	<input checked="" type="checkbox"/> 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 a 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, patients commitment to precautions before and after sessions and the variety of individual responses to treatment. and I consent that I know all the a.....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

Date

أقر أنا بقدمي الي مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر. وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل فحرقها على أنهاء الشعر. وأتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت 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 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 اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاج و المساسية 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 المظه 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 ستلافي خلال بضع ساعات الى 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 أتيت لى الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قرأته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغى السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ

اسم المريض: SUHAILA MOHAMMED SHANEEB

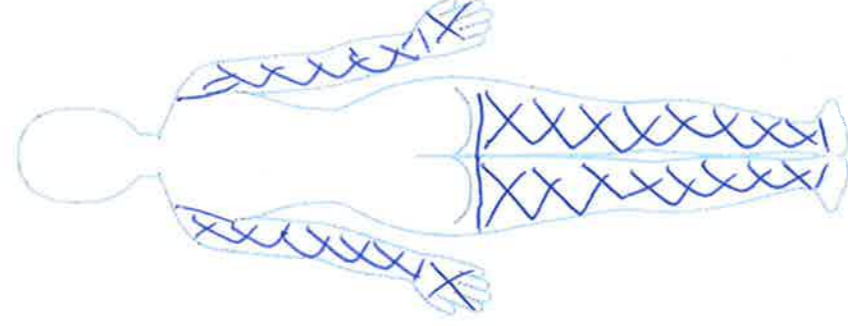
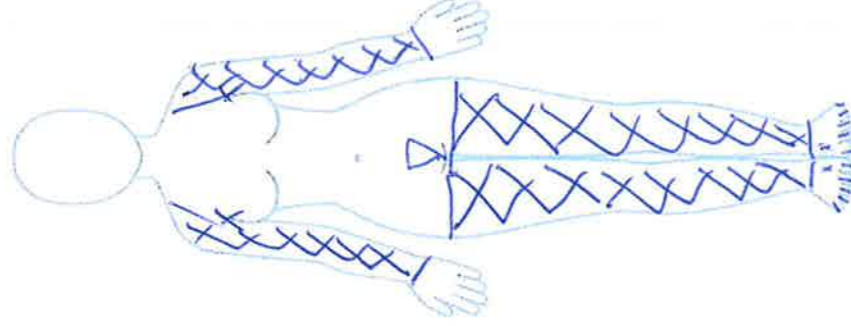
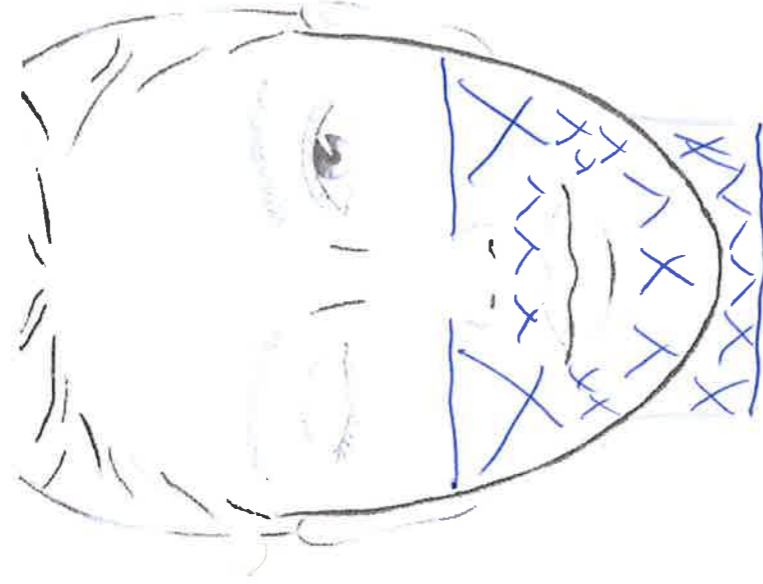
اسم المريض:

File Number: رقم الملف

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No



Treatment Date	Treatment Area	Hair Type	Mode	Fluence	Pulse Type	CNT Pulse	Passes	Starting Time	Finish Time	Post Treatment
15/8/18	Session 1 FULL BODY	Dark, coarse	DP1, FDP	18J/cm ²	SHOUL	1-2, 1	1	10:30 AM	12:15 PM	
12/9/18	Session 2 FULL BODY	Dark, coarse	DP1, FDP	20J/cm ² , 7J/cm ²	SHOUL	2, 1	1	10:05 AM	12:10 PM	
10/10/18	Session 3 FULL BODY	Dark, coarse	DP1, FDP	20J/cm ² , 7J/cm ²	SHOUL	2, 1	1	10:10 AM	12:25 PM	
19/11/18	Session 4 Full body.	Dark coarse	Alex FDP	7/15	6/16	1	1	10:30	11:30 AM	
12/11/19	Session 5 FULL BODY	MEDIUM	Alex FDP	8/13	6/5	1	1	10:30 AM	11:40 AM	

Therapist Name and Signature IBESICIE



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001224)

Date:12-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000830 - SOHAILA AL AWADHI - 971506444554

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: 12-09-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,520.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001225

Date: 12-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000830 - SOHAILA AL AWADHI - 971506444554**

The sum of Dhs. **Two Thousand Five Hundred Twenty Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **2,520.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being **ADVANCE FOR 3 SESSIONS FULL BODY LHR**

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

1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001353)

Date:03-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000830 - SOHAILA AL AWADHI - 971506444554

The sum of Dhs. One Thousand Two Hundred Sixty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,260.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001409)

Date:10-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000830 - SOHAILA AL AWADHI - 971506444554

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: 10-10-2018

Being

Made by 
Ghada

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001734)

Date:19-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000830 - SOHAILA AL AWADHI - 971506444554

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: 19-11-2018

Being

Made by Ghada 

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