



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إنسامة... جمال  
Health... Smile... Beauty

Date: 15/8/2018

File Number: 1000837

إسم المريض:

Patient Name: Noihan Mahmoud

Date Of Birth: 15/9/1993 Gender: M (F)

Marital Status: (الجماعية)

Nationality: Egypt (الجنسية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0557778578

Address (العنوان): Dubai

How did you know about us: Google

E-MAIL:

| التاريخ الطبي Medical History   |                  |   |
|---|------------------|---|
| الحالة الطبية Medical Condition   | Yes/No<br>لا/نعم | If 'YES' give details<br>إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment<br>هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟  | لا/نعم           |   |
| Cortisteroids/Immunosuppressant<br>هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟   | لا/نعم           |   |
| Allergies<br>هل لديك أي حساسية؟   | لا/نعم           |   |
| Surgical Operations, Serious Illness<br>هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟   | لا/نعم           |   |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease<br>جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب | لا/نعم           |   |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants<br>هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟  | لا/نعم           |   |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)<br>انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)  | لا/نعم           |   |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other<br>امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى   | لا/نعم           |   |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease<br>هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض يولية أو تناسلية؟  | لا/نعم           |   |
| For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems<br>السيدات : هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية                      | لا/نعم           |   |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases<br>التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى  | لا/نعم           |   |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other<br>قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟   | لا/نعم           |   |
| Epilepsy, or any other neurological disease<br>هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟  | لا/نعم           |   |
| Thyroid Diseases, Diabetes<br>هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟  | لا/نعم           |   |
| Other conditions من أي امراض اخرى؟<br>فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط etc...etc<br>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 وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و  
الموكل،

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 أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص  
الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض للطبيب المصالح باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم  
خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التشخيصية  
المنجزة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي  
المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات  
العلاجية و الجراحية.

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات  
كالالتهاب أو التورم أو النزف 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 الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدى فتحني الملف صحيحة. و  
أتفهم ان أي معلومات تتفق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون  
موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا الإقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحها لي بالكامل و  
انني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و انني وقعت عليه بأكمل ارادتي

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

التاريخ: 15/08/2015

## استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

### 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

Disease History      التاريخ المرضي:

Allergies      الحساسية

Medications      الأدوية

Pregnancy      الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization      عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

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

.....



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

Public Data Readed Suc

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            | Norhan,Khaled,Samir,Hussein,Mahmoud | IDN:              | 784199354748388 | Mother Name:      |                               |
| Name (Ar)       | نور هان خالد سامير حسين محمود       | Card Number:      | 075323280       | Mother Name (Ar): |                               |
| Title:          |                                     | Nationality:      | EGY             | Family ID:        |                               |
| Title(Ar):      |                                     | Nationality (Ar): | مصر             |                   |                               |
| Issue Date:     | 09/10/2015                          | Sex:              | F               | Sponsor Type:     | 02                            |
| Expiry Date:    | 10/09/2018                          | Date of Birth:    | 15/09/1993      | Sponsor Name:     | سها محمد ابراهيم محمد القاسمي |
| Marital Status: | 01                                  | Husband IDN:      |                 | Sponsor Number:   | 130000021649                  |
| Residency Type: | 03                                  | Residency Number: | 20119973037462  | Residency Expiry: | 10/09/2018                    |
| ID Type:        | IL                                  | Occupation:       | 11              | Occupation Field: | 00                            |



Photo

Signature Image

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

8/15/2018



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001068)

Date:15-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000837 - NORHAN MAHMOUD - 971557778578

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](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://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 checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار                        |
| <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned                  | <input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار                                   |
| Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No                           | هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ 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 Isotritomine in the last 6 months? Yes/ No    | هل تناولت عقار الكويتان/ الايسوتريتومين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا                  |
| Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydrocuenon 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 بتف أو كي 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              | هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة 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? .....              | ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك 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  |

I ..... hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser. I 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. I 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 variation 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

الإسم و التوقيع

Date

التاريخ

..... / ..... / .....

15 / 08 / 2018

أقر أنا ..... خديجة خان بكس ..... بقدمي إلى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر الشعوري.

و أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر.

و أتفهم 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 البينة لإزالة الشعر كالحلق 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 قادي 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 المساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الكويتان خلال الست أشهر الماضية و أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه 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 التورم 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 أتيت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الإسم و التوقيع

.....

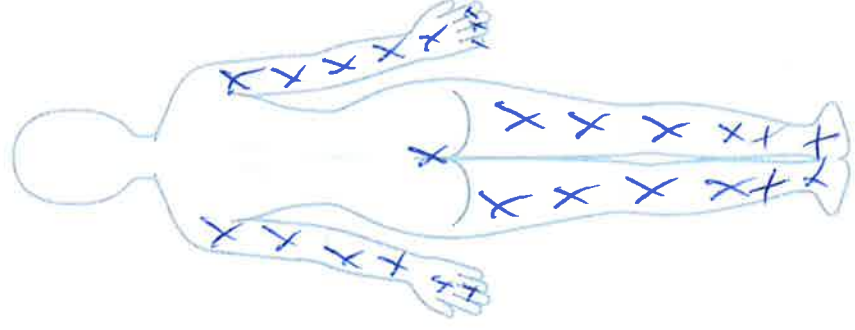
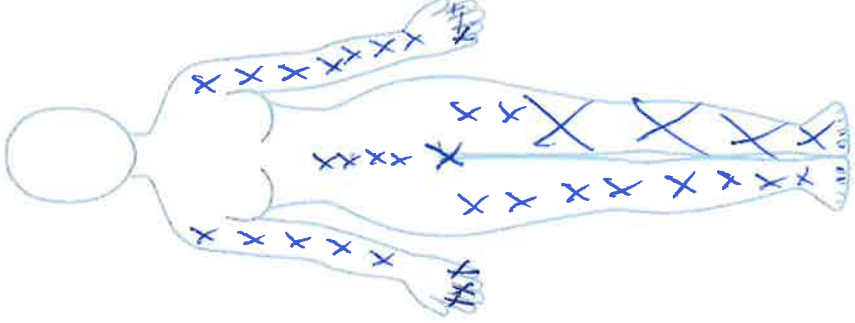
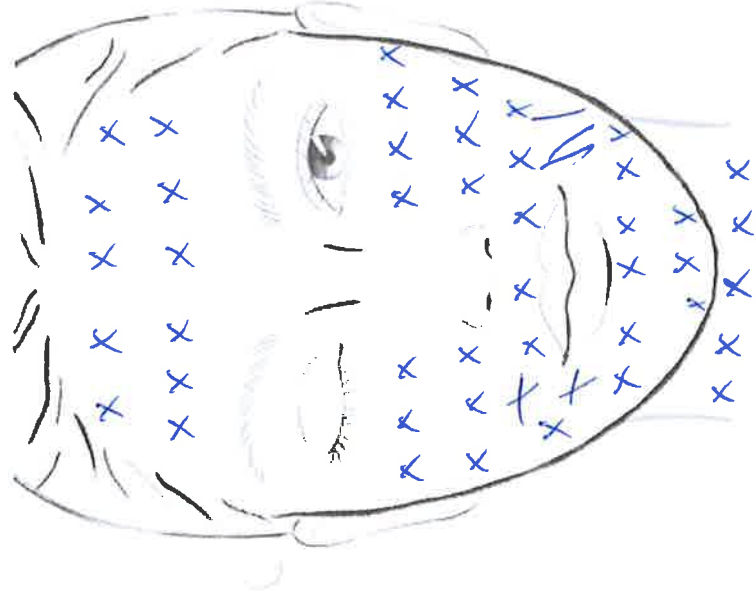
التاريخ

15 / 08 / 2018



Patient's Name: Norhan Mahmoud .....  
 File Number: .....  
 Pain Relief given? Yes / No  Yes /  No  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No  Yes /  No  
 Pretreatment photography taken? Yes / No  Yes /  No

Full body



|                | Session 1            | Session 2 | Session 3 | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|----------------|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Treatment Date | 15/08/18             |           |           |           |           |           |
| Treatment Area | Full Body            |           |           |           |           |           |
| Hair Type      | Thick                |           |           |           |           |           |
| Mode           | DPI                  |           |           |           |           |           |
| Fluence        | 16 J/cm <sup>2</sup> |           |           |           |           |           |
| Pulse Type     | BURST                |           |           |           |           |           |
| GNT Pulse      |                      |           |           |           |           |           |
| Passes         | 2 passes             |           |           |           |           |           |
| Starting Time  | 6:30 pm              |           |           |           |           |           |
| Finish Time    | 9 pm                 |           |           |           |           |           |
| Post Treatment |                      |           |           |           |           |           |

Therapist Name and Signature [Signature] .....



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

857.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001068)

Date:15-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000837 - NORHAN MAHMOUD - 97155778578

The sum of Dhs. Eight Hundred Fifty-Seven Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 857.00 / 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](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**