



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: ٢٠١٨ / ٨ / ١٦

File Number: 1000841

Patient Name:

Mariam Hassan Al Kaf

إسم المريض:

Date Of Birth:

22/11/1994

Marital Status: (M / F)

Nationality:

Libanese

Occupation:

M / F

Address:

Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 056-1943881

E-MAIL:

How did you know about us: Google

| التاريخ الطبي Medical History | الحالة الطبية Medical Condition | Yes/No لا/نعم | If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل |
|---|------------------------------------|--------------------|---|
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟ | | Yes/No لا/نعم | صوب الوردونات |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟ | | Yes/No لا/نعم | |
| Allergies (حساسية؟) هل لديك أي حساسية؟ | | Yes/No لا/نعم | |
| Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟ | | Yes/No لا/نعم | |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض 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) ، لوكميا (فقر الدم) | | Yes/No لا/نعم | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى | | Yes/No نعم / لا | |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟ | | Yes/No لا/نعم | |
| For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems السيدات : هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية | | Yes/No لا/نعم | |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى | | Yes/No لا / نعم | |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ | | Yes/No لا / نعم | |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | | Yes/No لا/نعم | |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ | | Yes/No لا/نعم | |
| Other conditions (من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc. فيروس الهربس البسيط ، فيروس الإيدز، فيروس الحلا 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.

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.

أفهم 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 المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التحليلية المقدمة لي، كما أتفهم الإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الإخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 انتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي قمتي الملف الصحية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا الإقرار و أن 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: ١٤/٥/٢٠١٣

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):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظمي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO

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 | Marian,Hassan,Omar,Muhsin,Alkaf | IDN: | 784199454616097 | Mother Name: | Hamaida Ahmed |
| Name (Ar) | مريم حسن وعمر محسن الكاف | Card Number: | 089831093 | Mother Name (Ar): | حميدة احمد |
| Title: | | Nationality: | ARE | Family ID: | 301004978 |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | الإمارات العربية المتحدة | | |
| Issue Date: | 04/07/2018 | Sex: | F | Sponsor Type: | |
| Expiry Date: | 04/07/2028 | Date of Birth: | 22/11/1994 | Sponsor Name: | |
| Marital Status: | 01 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | |
| Residency Type: | | Residency Number: | | Residency Expiry: | |
| ID Type: | ID | Occupation: | 11 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

8/16/2018



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 , عنبية الاسمرار |
| <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned | <input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار |
| <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned | <input checked="" type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار |
| Have you ever had Scars or keloids? Yes / No | هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدر؟ نعم / لا |
| Have you Taken Akutan or isotretinone in the last 6 months? Yes/ No | هل تناولت عقار الأكيوتان/اليسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم/ لا |
| Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinon 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 بتفقد أو كسي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? Do/ Did you use any tanning products? Yes / No | هل كنت قد تعرضت لشمس أو قمت بجلسة تشمير؟ 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 recency? | ماهي المنتجات التي تستخدمها ليرفك 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 alternative 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 بالشارة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور. وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إثناء الشعر. وأتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأنسجة للعلاج. وإني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحقن والتف والكريات وإزالة الشعر بالشمع والكي وإني اختارت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالتشمير أو استخدام مستحضرات التشمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات والمساحية ونوع 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 الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق، ومن الممكن حدوث بعض التورم والتشققات. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشى خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

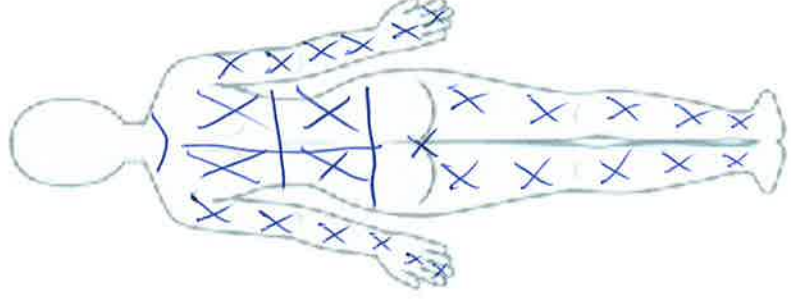
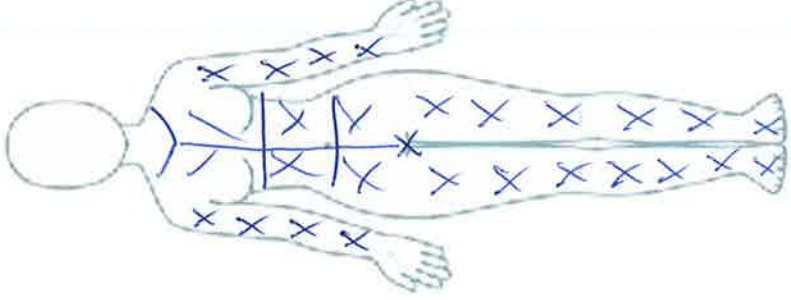
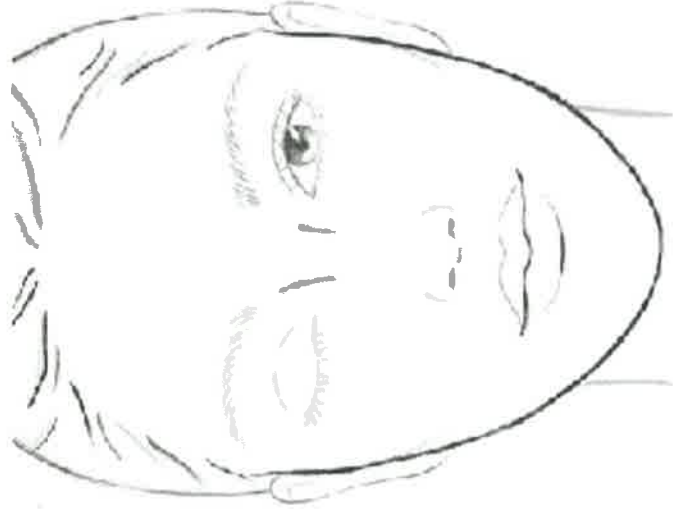
أقر أنه قد اتبعت لي الفرصة لاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص وأنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. وأنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ

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

Patient's Name: Mariam Hassani اسم المريض:
 File Number: 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 | 16/08/18 | 7/10/19 | 27/12/18 | | | |
| Treatment Area | Full body | Full body | Full body + | | | |
| Hair Type | Coarse | Coarse | Coarse | | | |
| Mode | DPT, FDP | DPT, FDP | DPT, FDP | | | |
| Fluence | 14 J/cm ² | 16 J/cm ² | 10 J/cm ² / 14 J/cm ² / 16 J/cm ² | | | |
| Pulse Type | BURST | BURST | BURST / SHOT | | | |
| CNT Pulse | | | | | | |
| Passes | 2 | 2 | 2, 1 | | | |
| Starting Time | 9 pm | 3:40 | 4:30 AM | | | |
| Finish Time | 9 pm | 5:25 PM | 6:45 PM | | | |
| Post Treatment | | EVACUANT | ADVISED | | | |
| | | | METSO | | | |

Therapist Name and Signature: 



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001074)

Date:16-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000841 - MARIAM HASSAN - 971561943881

The sum of Dhs. **Eight Hundred Forty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **840.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 16-08-2018

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

1,470.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001391)

Date:07-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000841 - MARIAM HASSAN - 971561943881

The sum of Dhs. One Thousand Four Hundred Seventy Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,470.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-10-2018

Being

Made by **Chada**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

934.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002091)

Date:27-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000841 - MARIAM HASSAN - 971561943881

The sum of Dhs. Nine Hundred Thirty-Four Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 934.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 27-12-2018

Being PACKAGE 1500 DHS(FULL BODY PLUS DONE)

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 850.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002092

Date: 27-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000841 - MARIAM HASSAN - 971561943881

The sum of Dhs. **Eight Hundred Fifty and Five Filis Only**By Cash **565.50** / By Credit Card **285.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being **ADVANCE FOR PACKAGE 1500(FACIAL+MESO+SCALING+DIETITION)- NON REFUNDABLE**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

299.25

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002211)

Date: 06-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000841 - MARIAM HASSAN - 971561943881

The sum of Dhs. **Two Hundred Ninety-Nine Dirhams and Twenty-Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **299.25**

Bank: Cheque No.

Date: 06-01-2019

Being **PACKAGE 1500**

Made by Ghada

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