



Date: 16/8/2018

File Number: 1005842

اسم المريض

Patient Name: Kinana Ali

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 12/7/1990 Gender (الجنس): M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality (الجنسية): Syria

Phone No. (رقم الهاتف): 0563698357

Address (العنوان): Shaifan

E-MAIL: Kinana.Abdul.Ali

How did you know about us: Friend

التاريخ الطبي Medical History	
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم
هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟ Recent or current drugs/Medical Treatment	لا/نعم لا
هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مخدرات للمناعة؟ Corticosteroids/Immunosuppressant	لا/نعم لا
هل لديك أي حساسية؟ Allergies	لا/نعم لا نعم أصابنا بحصبة الجمو
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟ Surgical Operations, Serious illness	لا/نعم لا
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟ High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	لا/نعم لا
هل لديك ارتجاع في حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا/نعم لا
هل لديك فقر الدم، لوكيميا (سرطان الدم) Anemia, Leukemia	لا/نعم لا
أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السعال، أمراض أخرى Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	لا/نعم لا
هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	لا/نعم لا
لل سيدات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	لا/نعم لا
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	لا/نعم لا
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى	لا/نعم لا
هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ Epilepsy, or any other neurological disease	لا/نعم لا
هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ Thyroid Diseases, Diabetes	لا/نعم لا
هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ Other conditions فيروس الإيدز، فيروس الحلا الجسيب...etc	لا/نعم لا



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 الطبيب 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 تزيدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف 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 الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أفهم الإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

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

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فتحي الملف صحيفاً و أفهم ان أي معلومات تتلقح بحالتي الصحية ينبغي سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان 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: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg
Pulse (النبض): ppm
Height (الطول): cm
Blood Pressure (ضغط الدم): /
Blood Type (فصيلة 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 ، الحال للمستشفى

Smoking (التخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تخاطي 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

cAEAlOEBA83ODQXO

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	Kinana,Ali,Abdul AI	IDN:	784199085906479	Mother Name:	
Name (Ar)	كينا، علي، عبد المل	Card Number:	088974877	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	08/05/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	06/05/2021	Date of Birth:	12/07/1990	Sponsor Name:	محمد عبد السليمان
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	90236553
Residency Type:	03	Residency Number:	20120043034026	Residency Expiry:	06/05/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/16/2018



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001075)

Date: 16-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000842 - KINANA ALI - 971563698357

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

By Cash 100.00 / By Credit Card 57.50 / 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



precisely Kindly Answer the following questions تجرّبي الاجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input type="checkbox"/> Always Burned , Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned , Always Tanned <input type="checkbox"/> Rarely Burned , Always Tanned	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار <input checked="" type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes/ No	هل ظهرت لديك سابقاً علامات نديب أو جديرة (زئبق) / لا
Have you Taken Akutan or Isotretinone in the last 6 months? Yes/ No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بشر أو تقرحات في منطقة العلاج (نعم) / لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes/ No	هل تناولت عقار الـ Retin A / الـ Isotretinone خلال الست أشهر الماضية؟ نعم (لا) / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes/ No	هل استخدمت زيتون أي أو منتجات حوض الجلاكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم (لا) / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes/ No	هل قمت بتلف أو كي أو إزالة الشعر بالشعير في منطقة العلاج خلال الـ 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes/ No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم (لا) / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes/ No	هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم (لا) / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes/ No	هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم (لا) / لا
What products you are using for your skin recently?	ماهي المنتجات التي تستخدمها ليعرضك حالياً؟... <i>لوشن / لوشن / لوشن</i>
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes/ No	هل اجريت اي عملية ازالة شعر سابقاً (نعم) / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes/ No	للسيدات فقط: هل أنت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes/ No	هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم (لا) / 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 كتاباً عبر العلاج
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.
وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلة الشعر فتعمل قدرتها على انهاء الشعر. وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات العلاج قبل و بعد الطمسان و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لازالة الشعر كالخلط و التفت و الكريعات و ازالة الشعر بالشعير و الكي و إنني اخترت ازالة الشعر بالليزر.
أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي ازالة الشعر بالشعير 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 كاملاً ويشمل ذلك العلاجات و المساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الـ akutan خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.
أفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه 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 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.

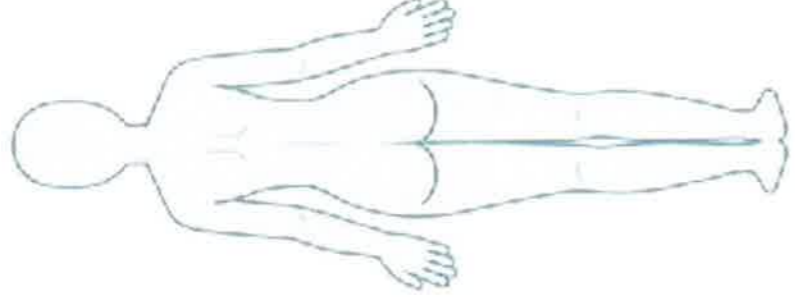
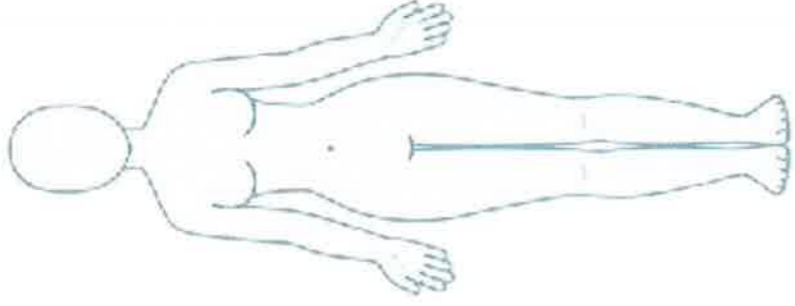
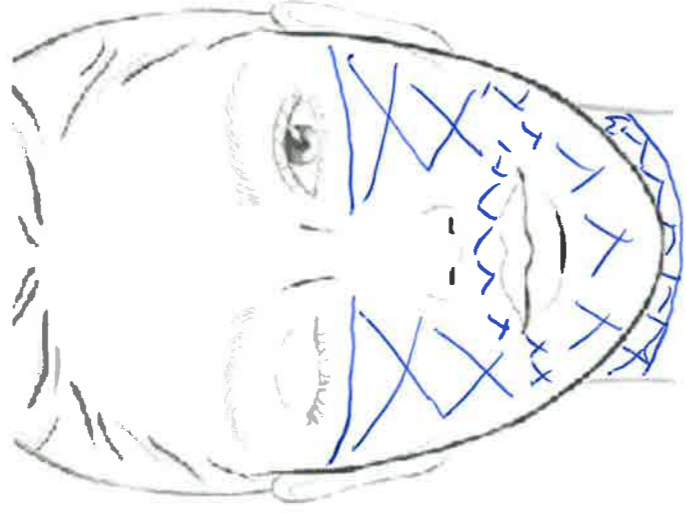
أقر أنه قد أتيت لى الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الإسم و التوقيع
أ. ك. ك.

التاريخ

... / ... / ...

Patient's Name: :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	16/8/18	13/06/19				
Treatment Area	HAUF FACE	Same				
Hair Type	WHT / FINE	SOFT				
Mode	DPL	ALEX				
Fluence	20 J/cm ²	7 J / 9 ms				
Pulse Type	SHORT					
CNT Pulse						
Passes	2	1				
Starting Time	6:45 PM	4:20 PM				
Finish Time	7:00 PM	4:30 PM				
Post Treatment						

Therapist Name and Signature *BESSIE HAIN*



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-004041

Date: 13-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000842 - KINANA ALI - 971563698357**The sum of Dhs. **One Hundred Fifty Seven and Five Fils Only**By Cash **157.50** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Total Amount: **157.50** (including **HALF FACE + VAT**)Made by **Rana**

- 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

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