



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 18/8/2018

File Number: 1000843

Patient Name: Sara Saeed Alkheiri

اسم المريض

Date Of Birth: 23/04/82 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: UAE

None

Address: Dubai

Phone No. (رقم الهاتف): 055 5150000

E-MAIL: bin.belal@a@hotmail.com

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل	Yes/No نعم/لا
الحالة الطبية Medical Condition			
هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟ Recent or current drugs/Medical Treatment			Yes/No نعم/لا
هل تتعاطى أي سترويدات أو مخبطات للمناعة؟ Corticosteroids/Immunosuppressant			Yes/No نعم/لا
هل لديك أي حساسية؟ Allergies			Yes/No نعم/لا
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي امراض؟ Surgical Operations, Serious illness			Yes/No نعم/لا
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟ High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants			Yes/No نعم/لا
هل لديك فقر الدم، لوكيميا (سرطان الدم)، أنيميا Anemia, Leukemia			Yes/No نعم/لا
هل تعاني من أي امراض في العنق أو امراض يولية أو تناسلية؟ Renal, Urinary, Sexually transmitted disease			Yes/No نعم/لا
هل تعاني من أي امراض تنفسية، التهاب في الشعبات، السعال، امراض اخرى Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other			Yes/No نعم/لا
هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems			Yes/No نعم/لا
هل تعاني من امراض الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases			Yes/No نعم/لا
هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟ Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى			Yes/No نعم/لا
هل تعاني من امراض في الجهاز العصبي؟ Epilepsy, or any other neurological disease			Yes/No نعم/لا
هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟ Thyroid Diseases, Diabetes			Yes/No نعم/لا
هل تعاني من أي امراض اخرى؟ Other conditions فيروس الإيدز، فيروس الحماق البسيط etc			Yes/No 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 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 الأمثل وخدمة الأفضل.

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

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة والمطلوبة بحكم  
خبرته المهنية والطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعهيد لتتابع العلاجات والإجراءات الطبية أو التجميلية  
المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي  
المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات  
العلاجية والجراحية.

و أترك أن بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات  
كالتهاب أو التورم أو الحرق أو الألم أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية وأن جميع  
الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

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

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار وأن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و  
انني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و انني وقعت عليه بكامل اراضي

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

التاريخ: .... / .... / .....

## استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

### المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg      Height (الطول): cm      Blood Type (فصية 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

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	Sara,Saeed,Matar,,Bin Belaila Almheiri	IDN:	784198270285095	Mother Name:	
Name (Ar)	مدار وسعيد ماطر، بن بليله المهيري	Card Number:	088681923	Mother Name (Ar):	
Title		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	202019009
Issue Date:	18/04/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	18/04/2028	Date of Birth:	23/04/1982	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	2413	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/18/2018



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001076)

Date:18-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000843 - SARA AL MHEIRI - 971555150000

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: 18-08-2018

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 بدقة \*يرجى الإجابة 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 checked="" type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Scars or keloids? Yes/No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جذبة؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotomimine in the last 6 months? Yes/No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو يثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes/No	هل تناولت عقار الأكيوتان/اليسوتومينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا 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 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 اخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحضبة 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 لبيروتك 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	لسيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes/No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

Sara Saoud

I, Sara Saoud 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 ..... الشارحة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز مركز أوركيد الطبي/ الشارحة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.  
وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجهة في بصيلة الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والزام المريض بتعليمات العلاج قبل وبعد الطسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع و التفت و الكريمت و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إني اخترت إزالة الشعر بالليزر.  
أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:  
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد 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 ويشمل ذلك العلاجات و الحساسيه 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.  
أفهم 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. 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 تدم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.  
أقر أنه قد أتحت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أي 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 بلوغ السن القانوني.

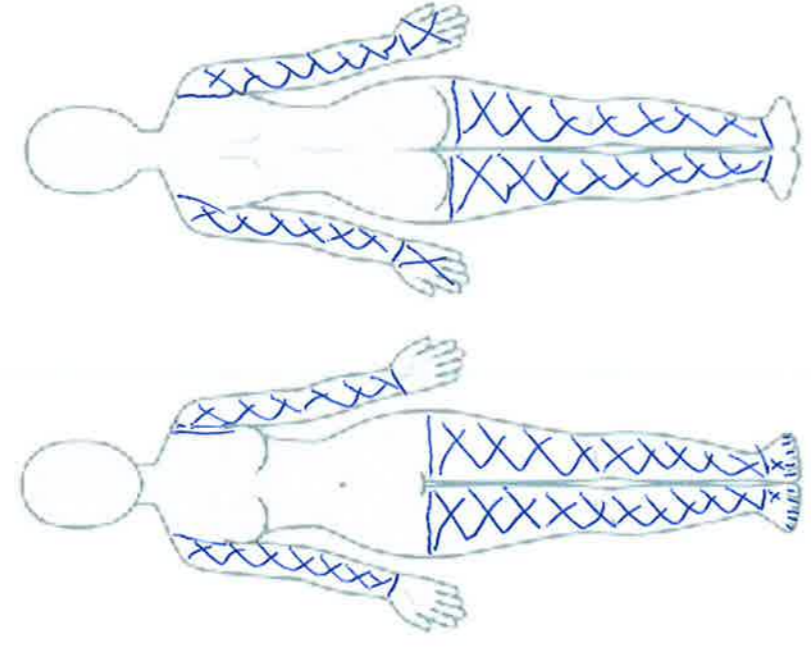
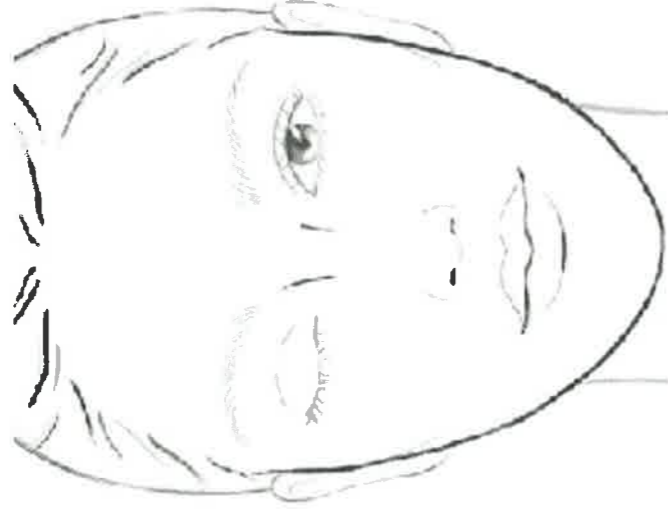
الاسم و التوقيع

التاريخ

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



Patient's Name: SAYGA SADEE AL-KHAFIKI إسم المريض: .....  
 File Number: 100.0 843 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	<u>12/8/18</u>					
Treatment Area	<u>FULL BODY</u>					
Hair Type	<u>DARK, COARSE</u>					
Mode	<u>DP1</u>					
Fluence	<u>12 J/cm<sup>2</sup></u>					
Pulse Type	<u>BURST</u>					
CNT Pulse						
Passes	<u>2</u>					
Starting Time	<u>10:10 AM</u>					
Finish Time	<u>11:50 AM</u>					
Post Treatment						

Therapist Name and Signature: BLESSIE *[Signature]*