



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 18 / 8 / 2018

File Number: 1555845

Patient Name: Mahsa Sadeghian

اسم المريض:

Date Of Birth: 18 / 6 / 1994 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) Married

Nationality: Iranian (الجنسية): Iranian

Phone No. (رقم الهاتف): 0551626586

Address: Sharijah, Al-Jawhara

How did you know about us: by Instagram

E-MAIL: Sadeghianmahsa@yahoo.com

.....

| 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 مسكرويدات أو مخبطات 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 أمراض؟ | 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، 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) | Yes/No لا/نعم |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى | Yes/No لا/نعم |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟ | Yes/No لا/نعم |
| For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للستيات : 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 هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ | Yes/No لا/نعم |
| HSV, HIV...etc فيروس الأبتون، 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: ١٤.١.٢٠١٨

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.
- أتفهم 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 اي ضمانات او تأمين لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية او التجميلية المقامة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية الفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و امرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو التورف 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 فحسي الملف صحيحة. و اتفهم ان اي معلومات تعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا 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 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 ، احوال 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

cAEAlOEBA830DQxO

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 | Mahsa_Mohammadebrahim,,Sadeghian | IDN: | 784199418036416 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | مهسا محمد ابراهيم صادقيان | Card Number: | 083707181 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | IRN | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | جمهوریة ایران الإسلامية | | |
| Issue Date: | 30/05/2017 | Sex: | F | Sponsor Type: | 03 |
| Expiry Date: | 20/05/2020 | Date of Birth: | 18/06/1994 | Sponsor Name: | محمد ابراهيم رسول صادقيان |
| Marital Status: | 01 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 45062819 |
| Residency Type: | 03 | Residency Number: | 20120063118566 | Residency Expiry: | 20/05/2020 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 11 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

8/18/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001077)

Date:18-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000845 - MAHSA SADEGHIAN - 971551626586

The sum of Dhhs. Fifty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 52.50 / 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

| | |
|--|---|
| 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 الاحتراق , قليلة الاسمرار |
| <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned | <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار |
| <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned | <input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار |
| <input checked="" type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned | <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 نوب أو جيرة؟ نعم / لا |
| Have you Taken Akutan or Isotretinoin 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 بتفلق 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? No | هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تشمير؟ 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 وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا |
| Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes/No | هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا |
| What products you are using for your skin recently? | ماهي المنتجات التي تستخدمها ليشربك حالياً؟ |
| Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes /No | هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا |
| For Ladies: Are You Pregnant ? Yes /No | السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا |
| Have you done any permanent make up? Yes/ No | هل قمت سابقاً 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

Wahsah Sadeqian

Date

18/8/2018

أقر أنا بقدمي إلى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طبقاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. وأفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحقن والتفك والكريات وإزالة الشعر بالشمع والكلي وإني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتشمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتف قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والحساسيات 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.

أفهم أنه برغم التفكير 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 ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدوم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

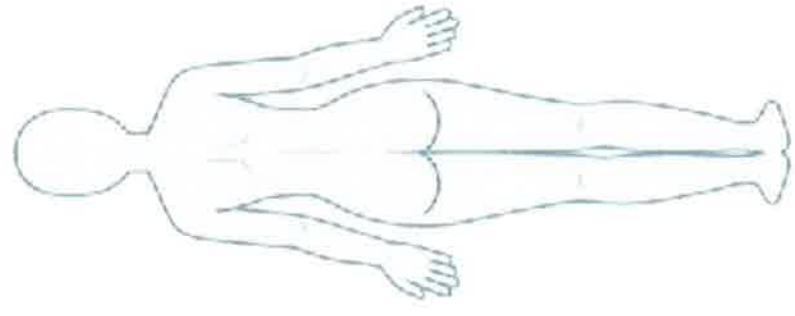
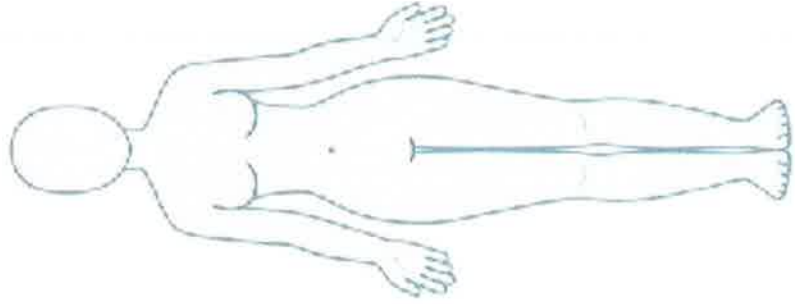
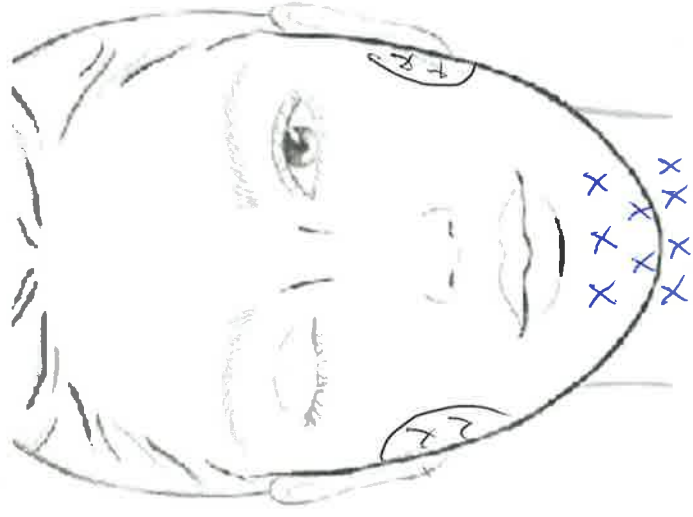
أقر أنه قد أتحت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص وأني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد قمت قراءته لهي. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ

..... / /

Patient's Name: Mahsa Sadeyhan اسم المريض
 File Number: 100084 رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No Yes / No تخفيف الألم؟ نعم / لا
 Evaluation and consent form completed? Yes / No Yes / No التقييم والصيغة المتفق عليها مكتملة؟ نعم / لا
 Pretreatment photography taken? Yes / No Yes / No التصوير الفوتوغرافي قبل العلاج؟ نعم / لا



| | Session 1 | Session 2 | Session 3 | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|----------------|----------------------|------------|-------------|-----------------|--------------------|-----------------|
| Treatment Date | 18/08/18 | 17/11/18 | 16/10/18 | 21/11/18 | 25/12/18 | 24/1/19 |
| Treatment Area | Chin | CHIN BEARD | CHIN | CHIN, side lock | CHIN+TYPE | CHIN +SIDE LOCK |
| Hair Type | Coarse | DARK | DARK COARSE | Dark -IM | MEDIUM | SOFT DART |
| Mode | DPI | DPI/SHORT | DPI | ALEX | ALEX | ALEX |
| Fluence | 20 J/cm ² | 16 J | 22 J | 20 J | 20 J | 20 J |
| Pulse Type | SHORT | SHORT | SHORT | 20/17 ms | 20/15 | 20/13 ms |
| CNT Pulse | | | | | SPOT: 40 | 20 spots |
| Passes | 2 | 2 pass | 2 pass | 1 | 1 | 1 |
| Starting Time | 1:05 pm | 2:15 pm | 2 pm | 6:15 pm | 8:10 AM | 11:45 AM |
| Finish Time | 1:15 pm | 2:30 pm | 2:15 pm | 6:15 pm | 8:25 AM | 10 AM |
| Post Treatment | | | | | MED T FOLLOW UP | |

Therapist Name and Signature S. Sadeyhan



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001267)

Date:17-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000845 - MAHSA SADEGHIAN - 971551626586

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 105.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 17-09-2018

Being

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

52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001460)

Date:16-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000845 - MAHSA SADEGHIAN - 971551626586

The sum of Dhs. Fifty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 52.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 16-10-2018

Being

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

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001761)

Date:21-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000845 - MAHSA SADEGHIAN - 971551626586

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **105.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 21-11-2018

Being

*Faten*Made by **FATEN**

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002065)

Date:25-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000845 - MAHSA SADEGHIAN - 971551626586

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 105.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-12-2018

Being

Made by FATEN

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