



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إنسانة... جمال  
Health... Smile... Beauty

Date: 21/08/2018

File Number: 1000 875

Patient Name: Hamdan Al-Baloushi

إسم المريض: حمدان جسيم كبريت

Date Of Birth: 12/04/78. Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: (الجنسية):

Occupation: (الوظيفة):

Address: (العنوان):

Phone No.: (رقم الهاتف): 33333381

E-MAIL: hamdan.kbr@chest.mai.com

How did you know about us: (كيف عرفت):

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 No
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم No
Allergies أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم No
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	Yes/No لا/نعم No
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	Yes/No لا/نعم No
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No لا/نعم No
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) لوكميا (نقر الدم)	Yes/No لا/نعم No
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	Yes/No لا/نعم No
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض يولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم No
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems لل سيدات: 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 امراض كبدية اخرى	Yes/No لا/نعم No
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى	Yes/No لا/نعم No
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/نعم No
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/نعم No
Other conditions من أي امراض اخرى؟ HIV, HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحماق البسيط...etc	Yes/No لا/نعم No



### 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 الأفضل 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 الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تخمين لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقصدة لي، كما أتفهم الإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الإخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للقحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالتهاب 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمته لدى فتحني الملف صحيحة. و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل إرادتي

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

التاريخ: ٠٤ / ٠٤ / ٢٠١٩

Patient Assessment Form **استمارة تقييم المريض**Vital Signs **المؤشرات الحيوية**

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 (تعاطي 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

.....







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

How do you better describe your skin Type ما هو الوصف المناسب لنوع بشرتك؟	<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
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No هل ظهر لديك حلا بسيط او ثغور او تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No هل تناولت عتار الكيبتان / اليسوتريتين خلال اشهر الماضية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
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؟	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No هل قمت ببتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
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	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Do you Have any tattoos on site? Yes / No هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
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 اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Have you done any permanent make up? Yes / No هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No

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 ..... بصحة ما أعرض عليه من إزالة الشعر بالليزر / اوكيد الطبي / الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.  
أتفهم ان أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قديريا على اثناء الشعر. وأتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالخلع و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخذت إزالة الشعر بالليزر.

- 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.  
- التوظيف و التافر 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 عتار الكيبتان خلال اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.  
أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد يحدثه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.  
الأعراض الجانبية

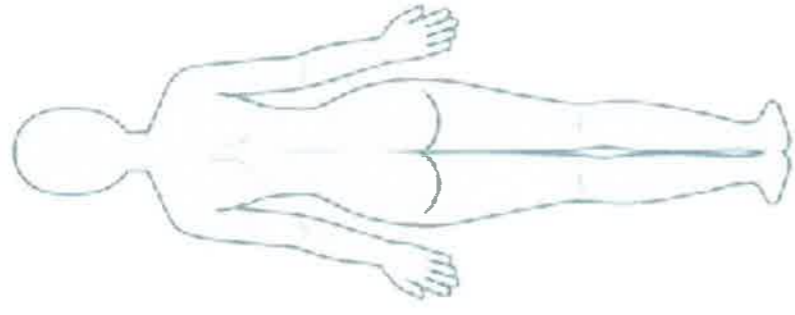
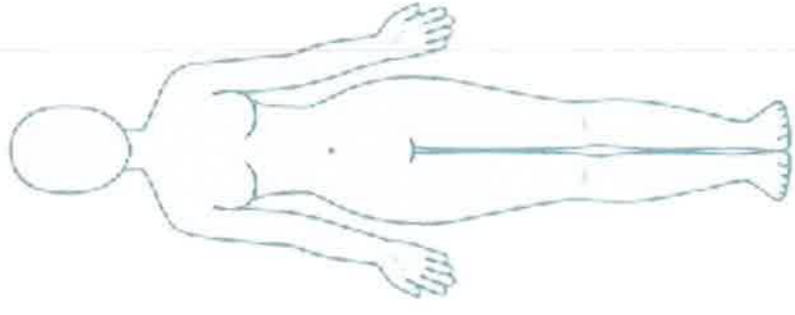
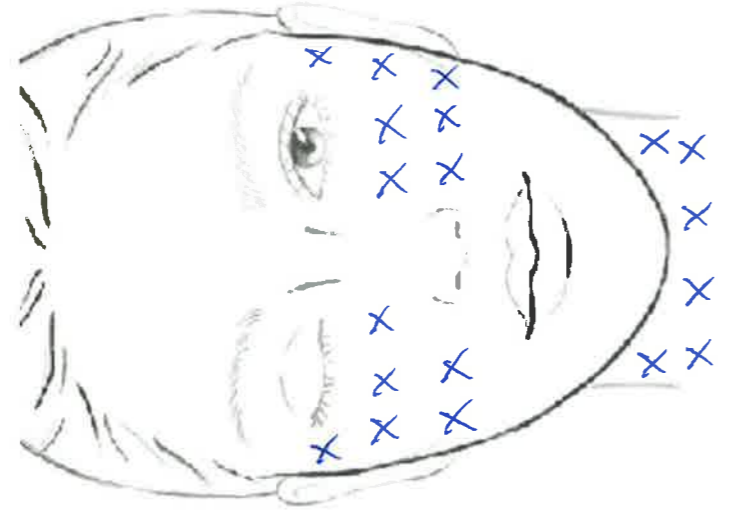
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق، و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات، و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي ستلاشي خلال ساعة إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.  
أقر أنه قد أتاحت لي الفرصة لاستشارة و توجيه الاستشارة 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 أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الإسم و التوقيع  
.....

التاريخ  
29/08/2014

Patient's Name: HAMDANI ..... اسم المريض .....  
 File Number: ..... رقم الملف .....  
 Pain Relief given? Yes / No  .....  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No  .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No  .....

F - 14 J/cm<sup>2</sup>  
BURST.



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	29/08/18					
Treatment Area	Beard Unetuck					
Hair Type	Coarse					
Mode	DPI					
Fluence	14 J/cm <sup>2</sup>					
Pulse Type	BURST					
CNT Pulse						
Passes	2					
Starting Time	8:30 pm					
Finish Time	8:50 pm					
Post Treatment						

Therapist Name and Signature [Signature]

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQXO

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	Hamdan,Hussain,Abdalla,Anbar,Al Bloushi	IDN:	784199226058644	Mother Name:	Kaneez
Name (Ar)	حمدان حسين عبدالله انبار البوشي	Card Number:	067707790	Mother Name (Ar):	كنيز
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	301001912
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	13/03/2014	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	13/03/2019	Date of Birth:	12/04/1992	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>

8/29/2018





مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001146)

Date:29-08-2018

Receive from Mr./Mts./M/s. 1000875 - HAMDAN AL BLOUSHI - 97152333381

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **210.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 29-08-2018

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)**