



Date: 1/1/2018

File Number: 1000878

Patient Name: Amani Jabbar

إسم المريض: أمانى جبار

Date Of Birth: 20/11/1992 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality: (الجنسية): Saudi

متزوج: No

Address (المعنوان): Al-Sharjah Al-Hamra

Phone No. (رقم الهاتف): 0535770000

E-MAIL: a.albabwab@sharjah.ae

How did you know about us: Social Media

التاريخ الطبي Medical History

الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم/لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No نعم/لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مخبطات للمناعة؟	Yes/No نعم/لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم/لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No نعم/لا	منظار نسائي
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 نعم/لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No نعم/لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Yes/No نعم/لا	
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 في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم/لا	
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 نعم/لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم/لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم/لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم/لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم/لا	
Other conditions HIV... etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا السيليط... 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 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 توثيق و بالعلاج الأختل 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 العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقصدة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو القروح أو التورم 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 قد تحفي الملف صحيحة و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان لدي المعلومات الكاملة لتقييم 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 دون السن القانونية):

التاريخ: 2018 / 9 / 1

File No: .....

Date: / /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

للمؤشرات 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

Patient came with pain with eating & cold & hot

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، الجال المستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تطاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

Nothing Abnor mal

الفحص Examination

Pain on percussion, hot & cold

المشور الشعاعية Radiography

2S P.A xRay / Radio lucency extending into pulp

التشخيص Diagnosis

Pulpitis +S

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....





يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

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 الأسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الأسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الأسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الأسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدرية؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or isotrionine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريونين 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
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	متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحسنة تسمير؟ قبل أسبوعين... 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 سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?.....	ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حاليا؟... للبيوتات اي عناية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا للبيوتات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكيكيا واثم للوجه؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	
Have you done any permanent make up? Yes / No	

أقر أنا...  
مركز أوركيد الطبي / الشارعة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.  
أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلة الشعر. تتصلب الشعرة تحت تأثير أشعة الليزر. وأتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الطبسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وأني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالخلق والتفك والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكلي وإني اختارت إزالة الشعر بالليزر.  
أقر بأنني قد تفقت التعليمات التالية:  
- لا يسمح بالشمع 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 والتاتو والمكيكيا الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.  
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا 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.  
أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد يحدثه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.  
الأعراض الجانبية

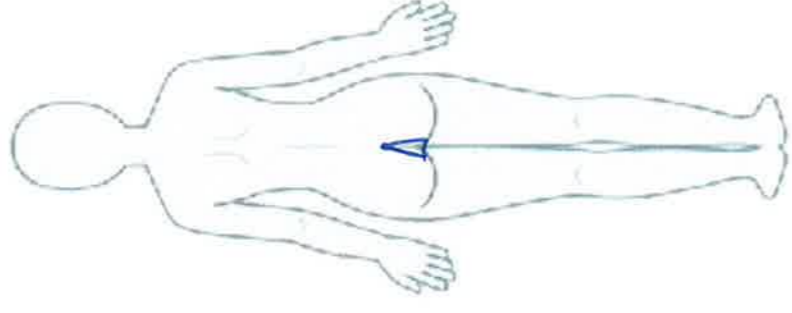
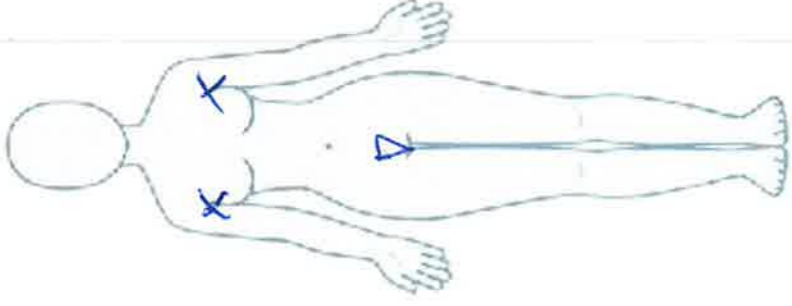
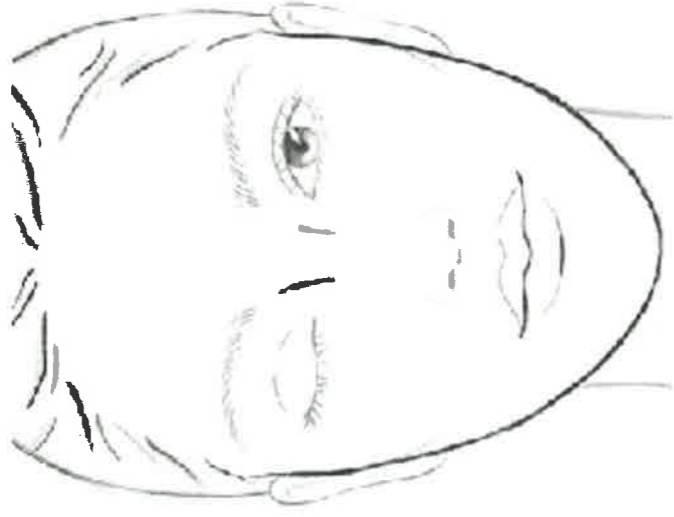
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. ومن الممكن حدوث بعض التورم والتشققات. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نفس أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدم في حال حدوثها. ويصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.  
أقر أنه قد أتيت لي الفرصة لاستفسار وتوجيه الاستشارة إلى المعالج المختص وأني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. وأني تجاوزت التامة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الإسم والتوقيع  
التاريخ  
2018... / ... / ...

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  
... / ... / ...

Patient's Name: **AMANI** .....  
 File Number: .....  
 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	1/9/18	11/10/18	10/11/18	8/12/18	16/11/19	10/12/19
Treatment Area	UNDERARM+BEINI(FULL)	SPRUE	SPRUE	SPRUE	SPRUE	SPRUE
Hair Type	DPKX, COARSE	DPKX, COARSE	DPKX	DPKX	DARK   H.	MEDIUM
Mode	DP2, FDP	DP2, FDP	DP1, FDP	ALEX	ALEX	MUX
Fluence	18J/cm <sup>2</sup> , 18J/cm <sup>2</sup>	20J/cm <sup>2</sup> , 20J/cm <sup>2</sup>	20J/cm <sup>2</sup> , 20J/cm <sup>2</sup>	U.A. 10/15	7/13	7J/10
Pulse Type	SHOULDER	SHOULDER	SHOULDER	SKIN - 8/18	BIKINI	10.5 - BIKINI
CNT Pulse	2, 1	2, 1	2, 1	SPOT: 16	6/13	6J
Passes	2, 1	2, 1	2, 1	1	1	1
Starting Time	10:10 AM	4 PM	11:20 AM	10:40 AM	12N	5:45 PM
Finish Time	10:30 AM	4:15 PM	11:40 AM	11 AM	12:15N	6: PM
Post Treatment	MEBO			AMIBO MEBO + FUCILOIN	MEBO + FUCILIN Pegel	MEBO

Therapist Name and Signature ... **BESSIE BANIE** .....

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO

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	Amani,Ibrahim,Badr Albawab,Joben	IDN:	784199291817072	Mother Name:	
Name (Ar)	اماني ابراهيم بدر ال بواب جوبن	Card Number:	081345172	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ESP	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	اسبانيا		
Issue Date:	21/12/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	07/12/2018	Date of Birth:	30/11/1992	Sponsor Name:	جامعة القلعة
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	03	Residency Number:	30120103038218	Residency Expiry:	07/12/2018
ID Type:	IL	Occupation:	3431	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

9/1/2018





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

450.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001148)

Date:01-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000878 - AMANI JOBEN - 971501357009

The sum of Dhs. **Four Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **450.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:                      Cheque No.

Date: **01-09-2018**

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)**



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001427)

Date:11-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000878 - AMANI JOBEN - 971501357009

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 472.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 11-10-2018

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)**



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

22.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001428)

Date:11-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000878 - AMANI JOBEN - 971501357009

The sum of Dhs. **Twenty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **22.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:                      Cheque No.

Date: 11-10-2018

Being **AGAINST INVOICE NO 2332**Made by  Gibada

---

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001653)

Date:10-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000878 - AMANI JOBEN - 971543093030

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 472.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 10-11-2018

Being

Made by Ghada

**Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail: info@omc1.ae**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

472.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001901)

Date: 08-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000878 - AMANI JOBEN - 971543093030

The sum of Dhs. **Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **472.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 08-12-2018

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)**



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002413)

Date:26-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000878 - AMANI JOBEN - 971543093030

The sum of Dhs. **Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **472.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:                      Cheque No.

Date: 26-01-2019

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)**