



Date: 2018 / 2 / 29

File Number: 1555902

Patient Name: Ammani Al yasar

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1989 / 11 / 9 Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Iraq

Phone No. (رقم الهاتف): 0561234404

Address (العنوان): Shaqrah

E-MAIL:

How did you know about us: Sana.org

التاريخ الطبي Medical History		Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم تذكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition			
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		Yes/No لا/نعم	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات 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 قلبه، 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 التثقب أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		Yes/No لا/نعم	
Anemia, Leukemia (نيميا فقر الدم، لوكيميا لسرطان 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 بولية أو تناسلية؟		Yes/No لا/نعم	
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيدات : 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 من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الأبتز، فيروس الحلا البسيط		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: / /

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 يكتشف 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 أي ضمانات أو تأمين لتفادي العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقصدة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

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

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو التزيف أو الألم أو الحساسية.

أتفهم أن متناك 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 لي قد تم تحفي الملف صحيفاً و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحها لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل اراضي

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

S. / 9 / 18

Patient Assessment Form
إشارة تقييم المريض

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg

Pulse (النبض): ppm

Height (الطول): cm

Blood Pressure (ضغط الدم): /

Blood Type (نصيلة الدم):

Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسيات

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ائخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظم العاقلم): 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	Amami,Hital,Khudhair,Al Ysar	
Name (Ar)	أماني، هائل، خضير، اليسار	
Title:	IDN:	784198996131482 Mother Name:
Title (Ar):	Card Number:	Mother Name (Ar):
Issue Date:	Nationality: IRQ	Family ID:
Expiry Date:	Nationality (Ar): العراق	
Marital Status:	Sex: F	Sponsor Type: 09
Residency Type:	Date of Birth: 09/11/1989	Sponsor Name:
ID Type: IL	Hubband IDN:	Sponsor Number: 00
	Residency Number: 20120093020152	Residency Expiry: 11/04/2021
	Occupation: 6124	Occupation Field: 00



Photo

Signature Image

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

9/5/2018



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة 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 checked="" type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره / نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج / نعم / لا
Have you Taken Akutan or isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الاكيتان / الايسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquenon on Site? Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الهالوكريك أو الهاليدريكيتون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتف 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?	هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بطنسة تسمير؟
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 تستخدمونها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا / 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 سابقا 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

Date

أقر أنا
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير المؤقت به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المشهور.

و أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إنهاء الشعر. و أتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المريض بتعليمات العلاج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد 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 و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الست اشهر الماضية و أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أتفهم 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 تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

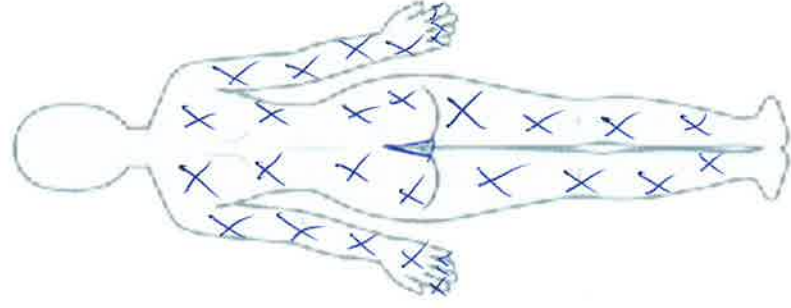
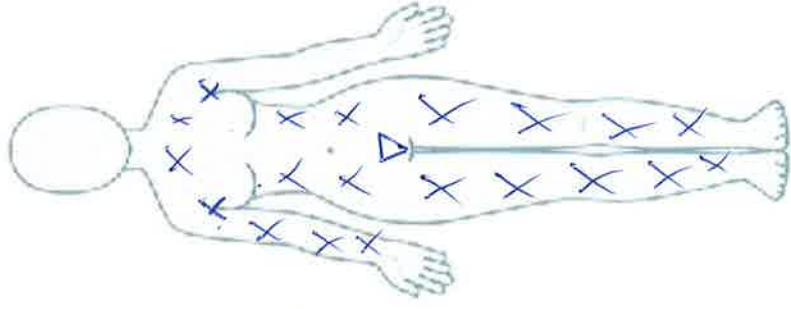
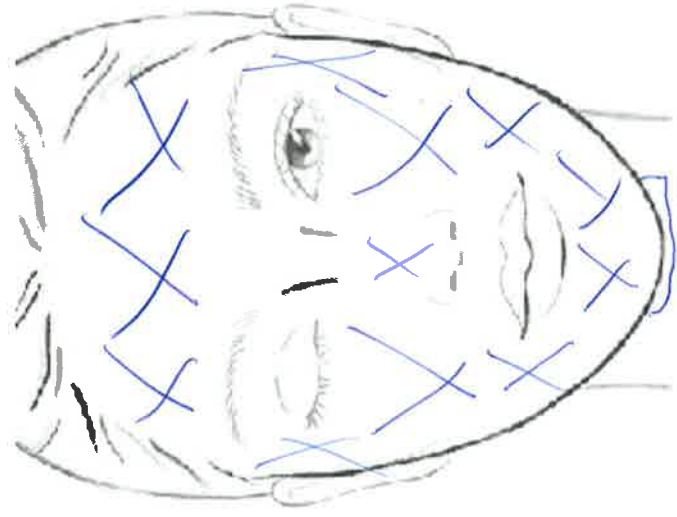
أقر أنه قد أتحدث لمي الفرصة للاستشارة و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و إنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قرأته لمي. و إنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري. و حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الأسم و التوقيع

التاريخ

5/19/18

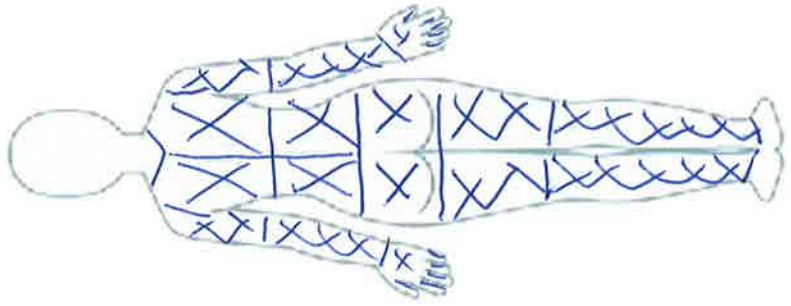
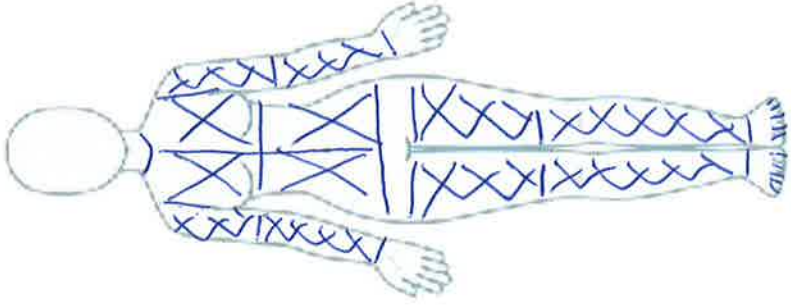
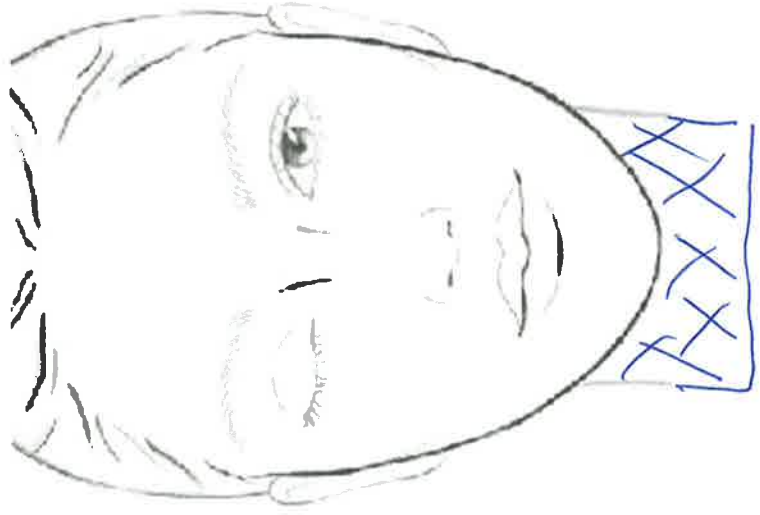
اسم المريض:
 Patient's Name:
 رقم الملف:
 File Number:
 تقييم و الموافقة على إجراء العلاج:
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 تم أخذ صور ما قبل العلاج:
 Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	5/9/18	25/05/18	01/05/19	11/06/19	20/06/19	
Treatment Area	UNDERARM + SKIN (FRONT)	AS ABOVE	Full Body +	Bikini	Full Body +	
Hair Type	DARK, COARSE		Dark, Coarse	Coarse	Medium	
Mode	DPL, FDP	DPL, FDP	DPL/FDP	NDTAG	ALEX - FRONT	
Fluence	16 J/cm ² , 6 J/cm ²	16 J/cm ² , 6 J/cm ²	16 J/SHORT	16 J/20-18ms	65 J/9-11ms	
Pulse Type	BURST, SHORT	BURST, SHORT	FJ/SHORT		Back - NAG	
CNT Pulse					16 J/15ms	
Passes	2, 1	2, 1	2	1		
Starting Time	4:20 PM	5:30 PM	1:30 pm	4 pm	2:35 pm	
Finish Time	4:40 PM	6:30 PM	4 pm	4:30 pm	4:15 pm	
Post Treatment						

Therapist Name and Signature
 F. B. S. S. E. J. A. M. S. A. I.

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



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	8/10/18					
Treatment Area	Full Body					
Hair Type	Dark, coarse					
Mode	DF-L					
Fluence	14-16 J/cm ²					
Pulse Type	BURST					
CNT Pulse						
Passes	2					
Starting Time	12:50 PM					
Finish Time	1:50 PM					
Post Treatment						

* REMAINING PAINS:
 Full BACK, FRONT, 7 DOME
 U-AREAS, U-LEG

Therapist Name and Signature *Missie*

* EXTRA SESSION: FULL FACE,
 UNDERARM, SIDE(ARM) DOME 25/10/18



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

367.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001176)

Date: 05-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000902 - AMANI AL YSAR - 971561234404

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 367.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 05-09-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

682.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001320)

Date:25-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000902 - AMANI AL YSAR - 971561234404

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 682.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-09-2018

Being

Made by Ghada 

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,207.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001398)

Date: 08-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000902 - AMANI AL YSAR - 971561234404

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,207.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 08-10-2018

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

AED 300.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001399

Date: 08-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000902 - AMANI AL YSAR - 971561234404

The sum of Dhs. **Three Hundred Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **300.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____ Cheque No. _____ Date: _____

Being **ADVANCE FOR FULL BODY PLUS PKG**

Made by  Ghada

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003079)

Date:26-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000902 - AMANI AL YSAR - 971561234404**

The sum of Dhs. **Seven Hundred Thirty-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **435.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **300.00**

Bank: Cheque No.

Date: **26-03-2019**

Being **BIKINI + UNDER ARIM + 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

Confirmed by : **1000902 - AMANI AL YSAR - 971561234404**

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003523)

Date:01-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000902 - AMANI AL YSAR - 971561234404

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 997.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date: 01-05-2019

Being FULL BODY PLUS VIKINI + 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

Confirmed by : 1000902 - AMANI AL YSAR - 971561234404

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-004008

RECEIPT VOUCHER

AED 1,102.50

Date: 11-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000902 - AMANI AL YSAR - 971561234404

The sum of Dhs. One Thousand One Hundred Two and Five Fils Only

By Cash **1,102.50** / 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:

Bé...g **ADVANCE FOR FULL BODY PLUS DEKA + VAT**Made by **Hiba**

- 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.aewww.omc1.ae