



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إنسالة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

Date: 2018 / 9 / 8

File Number: 1550908

Patient Name: Nara Beghdadi

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1 / 1 / 1994 Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): Morocco

Phone No. (رقم الهاتف): 055 858068

Address (العنوان): Sharjah

E-MAIL: Google

How did you know about us:

الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No لا/نعم	لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم	لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم	لا
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No لا/نعم	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 نعم / لا	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	لا
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Yes/No نعم / لا	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم / لا	لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	لا
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 نعم / لا	لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد، اليرقان، أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم / لا	لا
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى	Yes/No نعم / لا	لا
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	لا
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	لا
Other conditions HIV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc	Yes/No نعم / لا	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 of 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

اتفاق و اسمح الطبيب بعلاج مرضي حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،

اتفهم ان بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالعلاج الافضل و الخدمة الافضل.

اتفهم انه من الممكن ان يكشف الطبيب خلال العلاج أمور مختلفة عن ما نكر في الفحص الاولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

اقبض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر انه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تامين نتاج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجديدية المقحة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

اتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون محاصبة للفحوصات والجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادر ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو القروح أو النزيف أو الالم أو الحساسية

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

أقر ان كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قد تم تحمي الملف صحفية و اتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر ان لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا القرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكمال اراحتي

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

التاريخ: ... / ... /

Patient Assessment Form

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Blood Type (نصبة 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

.....



precisely Kindly Answer the following questions تجيبي الاجابة 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 checked="" type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم / لا لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes/ No No	هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا لا
Have you Taken Akutan or isotritonine in the last 6 months? Yes/ No No	هل تناولت عقار الاكيتان/ الايسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquonen on Site?Yes/ No No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? No	هل قمت بتنف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم / لا لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No No	هل لديك اي وشم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا لا
What products you are using for your skin recently?	ماهي المنتجات التي تستخدمينها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No No	السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا لا
Have you done any permanent make up? Yes / No No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا 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 لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المستوف.
وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إتمام الشعر. وأفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة البدائل لإزالة الشعر كالحلق والتف والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكلي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت 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 والمساحية ونوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
أفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه 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 التي عدة أيام بعد العلاج. نفس أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. ويصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيت لى الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الإسم و التوقيع

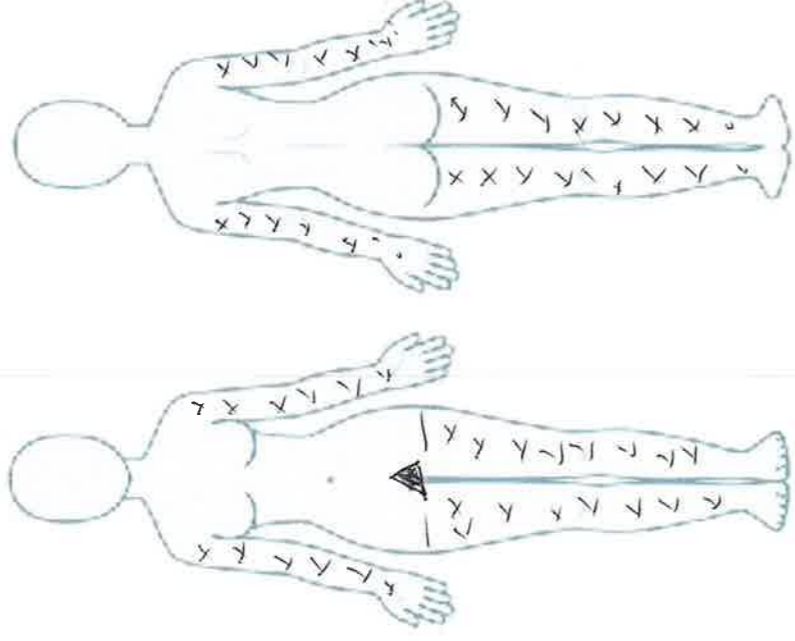
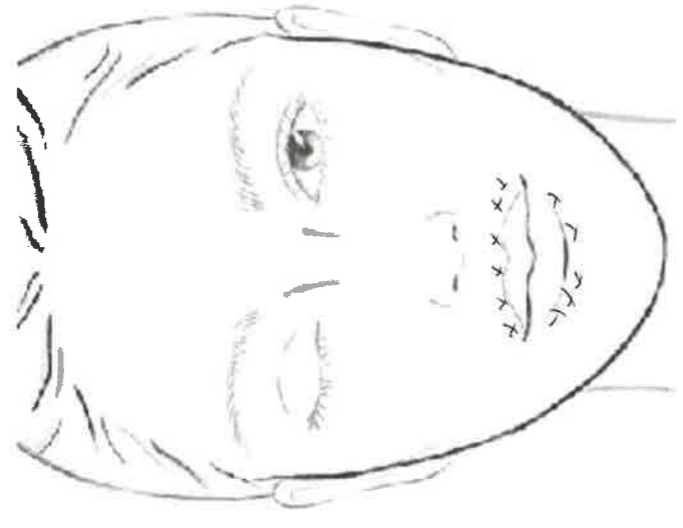
التاريخ

سوراء بخدادين

2017/09/18

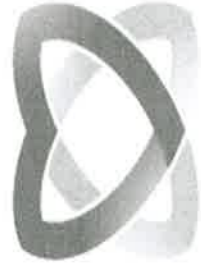
Patient's Name: **أشورا** :اسم المريض
 File Number: **4123119** :رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No **1** :تخفيف الألم
 Evaluation and consent form completed? Yes / No **1**
 Pretreatment photography taken? Yes / No **1**

8/9/2018 - 1st session



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	8/9/18	25/11/18	4/2/19			
Treatment Area	Full body	Full body	Full Body			
Hair Type	M	Medium/Dark	Dark			
Mode	755/1064	Alex/Yag	Alex/NO YAG			
Fluence	14/42	7J/15ms/20	HANDS/LEGS			
Pulse Type			8J/10ms			
CNT Pulse						
Passes	1 Pass	1				
Starting Time	3PM	4:30 PM				
Finish Time	5:15 PM	5:30 PM				
Post Treatment	fluicent cream 3 days		Beena/Bessie			

Therapist Name and Signature **Beena Bessie**



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001195)

Date:08-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000908 - NORA BEGHDADI - 971556158068

The sum of Dhs. **Eight Hundred Forty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **840.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **08-09-2018**

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيك الطبية
ORCHID MEDICAL CENTER

892.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001794)

Date:25-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000908 - NORA BEGHDADI - 971556158068

The sum of Dhs. **Eight Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **892.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 25-11-2018

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

945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002844)

Date:04-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000908 - NORA BEGDADI - 971556158068

The sum of Dhs. **Nine Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **945.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 04-03-2019

Being **FULL BODY WITHOUT FRONT AND BACK**Made by **Rana**

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