



Date: 19.1.2016  
Patient Name: Mohammed Ghainf Salim  
File Number: 1000913  
Date Of Birth: 11/1/1990 Gender: (M) / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Married  
Nationality: (الجنسية): Oman Occupation: (الوظيفة): P.R.O.  
Address: (العنوان): Ajman  
Phone No. (رقم الهاتف): 0566777811  
E-MAIL: (البريد الإلكتروني): n.dr@olive.com How did you know about us: Website

| الحالة الطبية<br>Medical Condition  | Yes/No<br>لا/نعم | If 'YES' give details<br>إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل |
|---|------------------|---|
| Recent or current drugs/Medical Treatment<br>هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟   | Yes/No<br>لا/نعم | 8   |
| Corticosteroids/Immunosuppressant<br>هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟  | Yes/No<br>لا/نعم | 8   |
| Allergies<br>هل لديك أي حساسية؟   | Yes/No<br>لا/نعم | 8   |
| Surgical Operations, Serious illness<br>هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟   | Yes/No<br>لا/نعم | 8   |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease<br>جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | Yes/No<br>لا/نعم | 8   |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants<br>هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟  | Yes/No<br>لا/نعم | ارتفاع ضغط دم   |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا<br>أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)   | Yes/No<br>لا/نعم | 8   |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other<br>أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السعال، أمراض أخرى   | Yes/No<br>لا/نعم | 8   |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease<br>هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟  | Yes/No<br>لا/نعم | 8   |
| For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems<br>للسيدات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية                       | Yes/No<br>لا/نعم | —   |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases<br>التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى   | Yes/No<br>لا/نعم | 8   |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other<br>قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟   | Yes/No<br>لا/نعم | 8   |
| Epilepsy, or any other neurological disease<br>هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟  | Yes/No<br>لا/نعم | 8   |
| Thyroid Diseases, Diabetes<br>هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟  | Yes/No<br>لا/نعم | 8   |
| Other conditions HIV...etc<br>هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلاّ البسيط...etc  | Yes/No<br>لا/نعم | 8   |



## 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

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و التوقيع،

أتقدم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويض العلاج الأفضل.

أتقدم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي 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 تأمين لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المفضلة لي، كما أتقدم بالإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتقدم تماماً كافة الإخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أؤكد أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتعب أو التورم أو التزيف أو الالام أو الحساسية

أتقدم 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 قدمته لي في ملفي الصحية و أتقدم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفلاخ عليها من دون موافقتي

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

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

التاريخ: .... / .... / .....

## Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية  
Vital Signs

|                 |     |                            |    |                         |  |
|-----------------|-----|----------------------------|----|-------------------------|--|
| Weight (الوزن): | Kg  | Height (الطول):            | cm | Blood Type (نصبة الدم): |  |
| Pulse (النبض):  | ppm | Blood Pressure (ضغط الدم): | /  | Blood Sugar (سكر الدم): |  |

سبب زيارة المريض للعيادة  
Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

عمليات سابقة ، الجراحات السابقة ، عمليات المستشفى  
Previous Surgeries, Hospitalization

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية  
General & Clinical Findings

الفحص: Examination

المشع الشعاعية: Radiography

التشخيص: Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**خطة العلاج Treatment Plan**

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**

|                        |                                    |                          |                 |                          |             |
|------------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-------------|
| <b>Name</b>            | Mohammed,Ghamil,Salim,,Al Mazrouai | <b>IDN:</b>              | 784199082481963 | <b>Mother Name:</b>      | Not Defined |
| <b>Name (Ar)</b>       | محمد بن غمیل بن سالم المزروعی      | <b>Card Number:</b>      | 088469434       | <b>Mother Name (Ar):</b> | أمينة       |
| <b>Title:</b>          |                                    | <b>Nationality:</b>      | OMN             | <b>Family ID:</b>        |             |
| <b>Title (Ar):</b>     |                                    | <b>Nationality (Ar):</b> | سلطنة عمان      | <b>Sex:</b>              | M           |
| <b>Issue Date:</b>     | 04/04/2018                         | <b>Sex:</b>              | M               | <b>Sponsor Type:</b>     |             |
| <b>Expiry Date:</b>    | 16/05/2022                         | <b>Date of Birth:</b>    | 07/11/1990      | <b>Sponsor Name:</b>     |             |
| <b>Marital Status:</b> | 02                                 | <b>Husband IDN:</b>      |                 | <b>Sponsor Number:</b>   |             |
| <b>Residency Type:</b> |                                    | <b>Residency Number:</b> |                 | <b>Residency Expiry:</b> |             |
| <b>ID Type:</b>        | IR                                 | <b>Occupation:</b>       | 1234            | <b>Occupation Field:</b> | 00          |



Photo

Signature Image

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

9/9/2018





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 checked="" 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 بسيط أو بثور أو قرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا                             |
| Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No    | هل تناولت عقار الاكوتان/اليسوتريونين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا                       |
| Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydrocuenon on Site?Yes / No    | هل استخدمت ريتين اي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدوكينون في منطقة العلاج؟ نعم          |
| Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No  | هل قمت بتفك أو كمي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? .....                 | متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ المربع               |
| 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 اي 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 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 حامله؟ 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 أوركييد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركييد الطبي باستخدام جهاز الليزر المشفوف.

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

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفك قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات والحساسية ونوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكوتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
- أفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

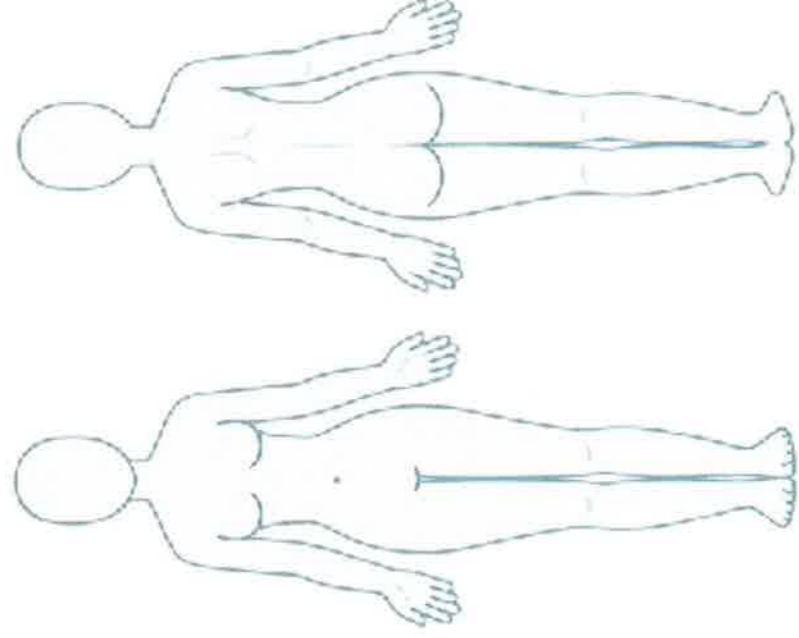
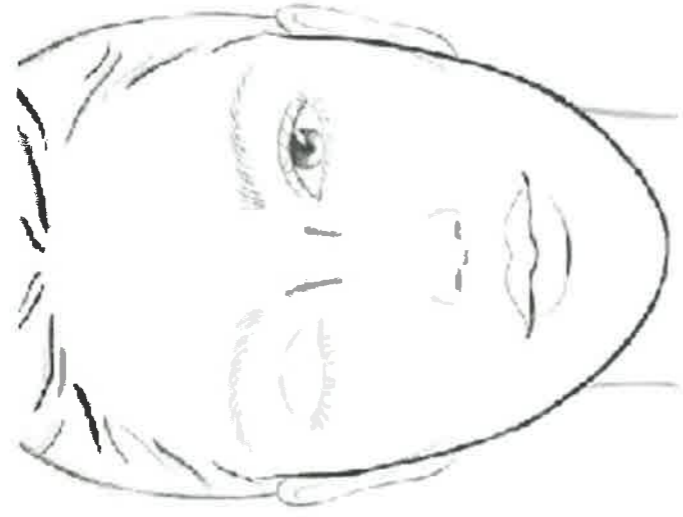
الأعراض الجانبية قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم والتشققات. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. تقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تديم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيت لى الفرصة للاستشارة وتوجيه الاستشارة إلى المعالج المختص وأني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد قمت قرأته لفي. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري وأحصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

الاسم و التوقيع  
.....  
.....

التاريخ  
2018... / 9 / 9

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



|                | Session 1 | Session 2 | Session 3 | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Treatment Date |           |           |           |           |           |           |
| Treatment Area |           |           |           |           |           |           |
| Hair Type      |           |           |           |           |           |           |
| Mode           |           |           |           |           |           |           |
| Fluence        |           |           |           |           |           |           |
| Pulse Type     |           |           |           |           |           |           |
| CNT Pulse      |           |           |           |           |           |           |
| Passes         |           |           |           |           |           |           |
| Starting Time  |           |           |           |           |           |           |
| Finish Time    |           |           |           |           |           |           |
| Post Treatment |           |           |           |           |           |           |

Therapist Name and Signature .....





مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001200)

Date:09-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000913 - MOHAMMED AL MAZROUAI - 97156777811

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **315.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:                      Cheque No.

Date: **09-09-2018**

Being

Made by Ghada

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