



Date: 2018 / 9 / 9

File Number: 1000919

Patient Name: She.refa Al.blaoshi

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 4 / 8 / 1983 Gender (الجنس): M / (F)

Marital Status:(الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Y.a.e

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Sha.fyah

Phone No. (رقم الهاتف): 0503006166

E-MAIL:

How did you know about us: Friend

التاريخ الطبي Medical History	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا / نعم / لا / نعم
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا / نعم / لا / نعم
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا / نعم / لا / نعم
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لا / نعم / لا / نعم
Cardiac surgery,Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve,Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا / نعم / لا / نعم
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التثقب أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا / نعم / لا / نعم
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	لا / نعم / لا / نعم
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	لا / نعم / لا / نعم
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	لا / نعم / 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	لا / نعم / لا / نعم
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	لا / نعم / لا / نعم
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا / نعم / لا / نعم
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا / نعم / لا / نعم
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا / نعم / لا / نعم
Other conditions HSV, HIV...etc فيروس الأبتا، فيروس الحلا البسيط	لا / نعم / 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 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  
أوافق  
أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي  
بأفضل الخدمة والأفضل.  
أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في القصة  
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 تأمين لناتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التشخيصية  
المقيدة لي، كما أفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي  
المرضية.  
أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات  
العلاجية و الجراحية.  
و اذ إن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات  
كالإنتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية  
أتفهم أن متاهة رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع  
الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الإنتهاء من العلاج.  
أقر أن كافة المطالبات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي قد بقي الملف صحيحاً و  
أتفهم ان أي مطالبات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون  
موافقتي  
أقر أن لدي المطالبات الكاملة لتفهم هذا الإقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و  
انني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه ب كامل ارادتي

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



التاريخ: ... / ... / .....

File No: .....

Date: / /

## استشارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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 ، أحوال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (تطاطي الكحول): Y / N

Drugs (تطاطي 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

.....



REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQx0

Public Data Readed Succ

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	Sherefa,Al,Hussain,Abdulrahman,Alblooshi	IDN:	784198306027297	Mother Name:	Hasena
Name (Ar)	شريفه علي حسين عبدالرحمن البلوشي	Card Number:	084097020	Mother Name (Ar):	حسينه
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	202024103
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	02/07/2017	Date of Birth:	04/08/1983	Sponsor Name:	
Expiry Date:	07/10/2019	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	03	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	98	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				

Photo



Signature Image

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

9/9/2018



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

How do you better describe your skin Type <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input checked="" type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار <input checked="" type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ نعم / 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
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الاكوتان/ الايسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquinon on Site? Yes / No No	هل استخدمت ريتين اي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدوكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No No	هل قمت بتف 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 آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة 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 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 حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

أقر أنا .....  
مركز أوركيد الطبي/ الطريقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر الشفوي.  
وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طبقا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعمل قهريا على انهاء الشعر.  
وأفهم ان 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 اذني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفت و الكريمات و ازالة الشعر بالشمع و قد تلقيت التعليمات التالية:  
أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية:  
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.  
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 7 اسابيع 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 الاكوتان خلال الست اشهر الماضية أو اي عقاقر 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 ستتلاشى خلال بضع ساعات الي عدة ايام 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 أتيتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الي المعالج المختص و اذني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لفي. و اذني تجاوزت القائمة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي امري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

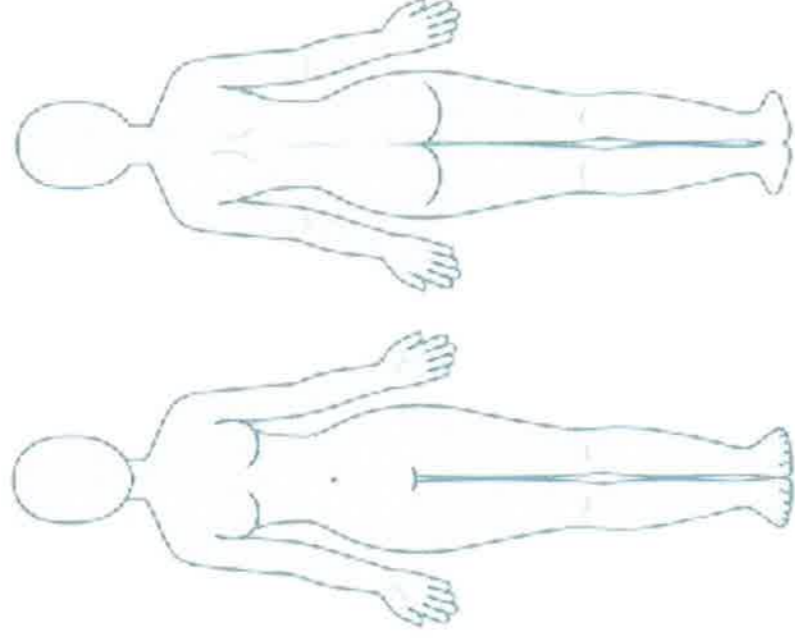
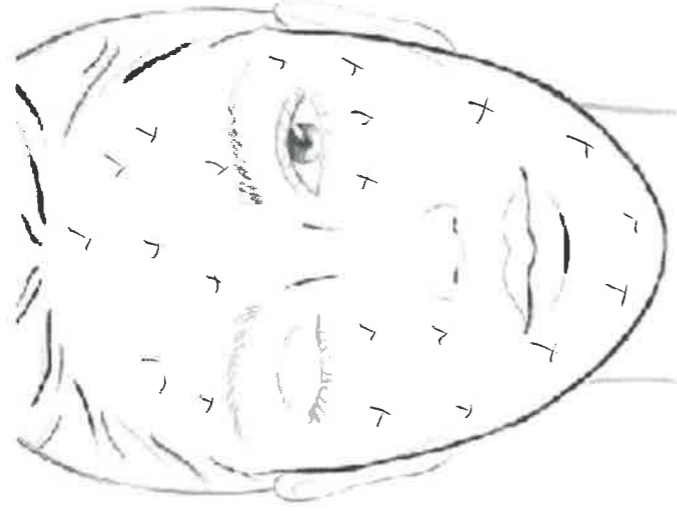
I ..... hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser. I understand that laser produces a beam of light that generates an energy of a certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to impair its' ability to grow hair. I understand 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 ..... / ..... / .....

التوقيع .....  
الاسم و التوقيع .....  
..... / ..... / .....

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

9/9/18 1st session full face.



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	9/9/18					
Treatment Area	full face					
Hair Type	Medium					
Mode	755 nm					
Fluence	16 J					
Pulse Type	3					
CNT Pulse						
Passes	1 pass					
Starting Time	9.45pm					
Finish Time	10pm					
Post Treatment	Advised patient					

Therapist Name and Signature .....  
 Beep.





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001205)

Date:09-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000919 - SHEREFA AL BLOOSHI - 971503006166

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / 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**