



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

Date: 12/9/2018

File Number: 1000930

إسم المريض

Patient Name: Fatima Khamis

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 8/3/1985 Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): (المهنة):

Phone No. (رقم الهاتف): 056 7173337

Address (العنوان):

E-MAIL: How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History	
الحالة الطبية Medical Condition	إذا كانت الإجابة نعم اذكري بالتفصيل If 'YES' give details
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا/نعم <input checked="" type="radio"/> /نعم <input type="radio"/>
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا/نعم <input checked="" type="radio"/> /نعم <input type="radio"/>
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا/نعم <input checked="" type="radio"/> /نعم <input type="radio"/>
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	لا/نعم <input checked="" type="radio"/> /نعم <input type="radio"/>
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا/نعم <input checked="" type="radio"/> /نعم <input type="radio"/>
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا/نعم <input checked="" type="radio"/> /نعم <input type="radio"/>
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	لا/نعم <input checked="" type="radio"/> /نعم <input type="radio"/>
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	لا/نعم <input checked="" type="radio"/> /نعم <input type="radio"/>
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض يولية أو تناسلية؟	لا/نعم <input checked="" type="radio"/> /نعم <input type="radio"/>
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيدات: هل أنت حاملة؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية	لا/نعم <input checked="" type="radio"/> /نعم <input type="radio"/>
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	لا/نعم <input checked="" type="radio"/> /نعم <input type="radio"/>
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	لا/نعم <input checked="" type="radio"/> /نعم <input type="radio"/>
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا/نعم <input checked="" type="radio"/> /نعم <input type="radio"/>
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	لا/نعم <input checked="" type="radio"/> /نعم <input type="radio"/>
Other conditions HIV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط...etc	لا/نعم <input checked="" type="radio"/> /نعم <input type="radio"/>



### 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 at 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 الأنسب و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكر في القصد 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 لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الإخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية المرضية.
- أتفهم 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 لدى فتحني الملف صحيحة. و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية سيقضى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكافية لتقديم هذا الاقرار 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  
اسمارة تقييم المريض

المؤشرات الحيوية Vital Signs  
Weight (الوزن): Kg  
Height (الطول): cm  
Pulse (النبض): ppm  
Blood Pressure (ضغط الدم): /  
Blood Type (فصيلة 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 المستشفى

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 \*يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف المناسب لنوع بشرتك؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input 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 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 isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عطار الأكيوتان/ الإيسوتريتينين 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 / لا)
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? Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	حتى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحضبة تسمير؟ ..... 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 تستخدمها / تستخدمها ليعثرلك حاليا؟ .....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت أي 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 ..... خاتمة  
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

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 إنهاء 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 على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع والتفك والكريات وإزالة الشعر بالشمع والكي وإني اختارت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد طقبت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتف قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- التؤوم والتافر والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والحساسيات ونوع البشرة.
- الأشخاص الذين تناولوا عطار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أفهم 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 التؤوم والتشققات، وهذه الأعراض ستلاشي خلال ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نفس أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقيّة من الشمس.

أقر أنه قد أتيح لي الفرصة لاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص وأني قد قرأت وفهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي، وإني تجاوزت التامة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

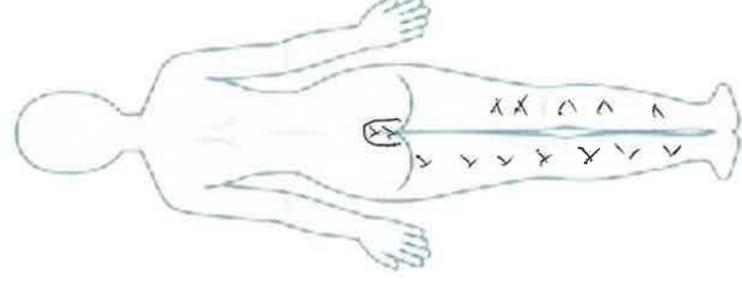
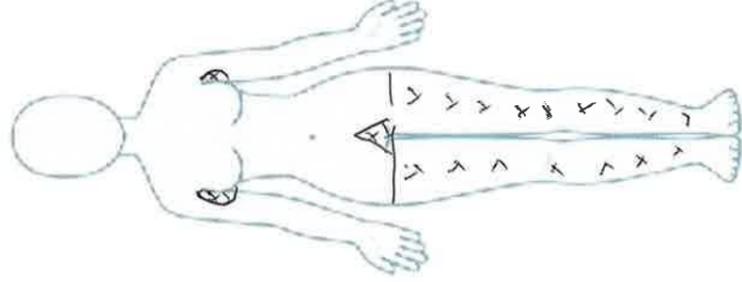
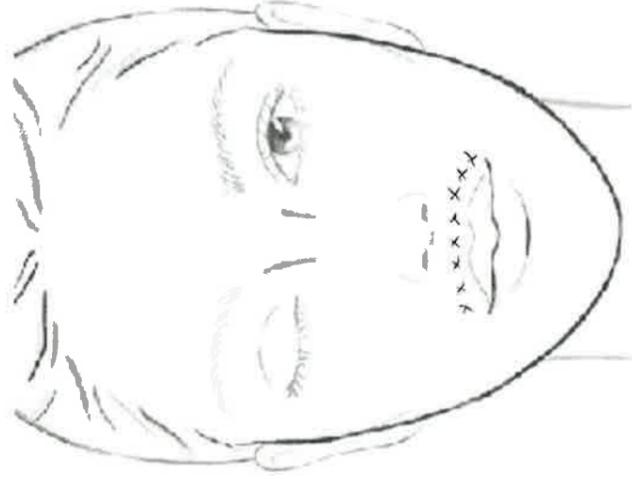
الإسم والتوقيع

التاريخ

... / ... / .....

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 .....

12/19/18 (Full hands pending)  
 & face.



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	12/19/18					
Treatment Area	FULL LEG, BIKINI UNDER, ARMS, UL, LB					
Hair Type	DARK					
Mode	DPI / FDI					
Fluence	14J / 5J					
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	2 passes					
Starting Time	12:40 PM					
Finish Time	2 PM					
Post Treatment	Advised Hebot Fuel					

Therapist Name and Signature ..... *Peera* .....

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	Fatima,Khamis,Saif,,Binsuwaif Al Ali	IDN:	784198524252065	Mother Name:	Ghaiha Obaid
Name (Ar)	فاطمة خميس سيف آل علي	Card Number:	090410549	Mother Name (Ar):	غاية عبيد
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	301021147
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	09/08/2018	Date of Birth:	08/03/1985	Sponsor Name:	
Expiry Date:	09/08/2023	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	02	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	5162	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				



Photo

Signature Image

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

9/12/2018



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001228)

Date:12-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000930 - FATIMA KHAMIS - 971509994161

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: 12-09-2018

Being

Made by Ghada

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