



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إنسانية... جمال
Health... Smile... Beauty

Date: 12/9/2018

File Number: 1000934

Patient Name: Aya AL Ezaifan

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 11/1/1990 Gender (الجنس): M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): Iraq

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Baghdad

Phone No. (رقم الهاتف): 050 2722884

E-MAIL: instigyan

How did you know about us: Instigyan

التاريخ الطبي Medical History		Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition			
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		Yes/No لا/نعم	
Corfisteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات 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 امراض؟		Yes/No لا/نعم	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب		Yes/No لا/نعم	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		Yes/No لا/نعم	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)		Yes/No لا/نعم	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى		Yes/No لا/نعم	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض يولية 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 امراض كبدية اخرى		Yes/No لا/نعم	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟		Yes/No لا/نعم	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟		Yes/No لا/نعم	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟		Yes/No لا/نعم	
Other conditions من أي امراض أخرى: HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا النسيب...etc		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 * 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 أسمع الطبيب بحتاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،
- أتعلم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بال علاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتعلم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمور مختلفة عن ما أذكر 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 الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتعلم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتعلم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات الملحية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالإنتهاب أو التوريم أو التزرف أو الألام أو الحساسية
- أتعلم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة الملحية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الإنتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي في ملفي الصحية و أتعلم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل إرادتي

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

التاريخ: 19/05/2012

File No:

Date: / /

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):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تخاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



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

How do you better describe your skin Type ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟	<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No هل ظهرت لديك حلا البسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No هل تناولت عقار الاكوتان/ اليسوتريتونين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquenenon on Site? Yes / No هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No هل قمت بتفـق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منة العلاج خلال ال ٦ اسابيع الماضية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Did you get exposed to sun or got tanned lately? هل كانت اخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحمسة تسمير؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Do you Have any tattoos on site? Yes / No هل لديك اي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
What products you are using for your skin recently?..... ماهي المنتجات التي تستخدمها ليرتقك حاليا؟	
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقة؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Have you done any permanent make up? Yes / No هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No

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

الإسم والتوقيع

Date

التاريخ

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

12 19 / 2018

أقر أنا بالتوقيع
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتمثل قدرتها على انهاء الشعر. وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع والتفك والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكي وإني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالشمع أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ اسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتق قبل العلاج ب ٦ اسابيع على الأقل.
- الوشم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات والمساحية 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.

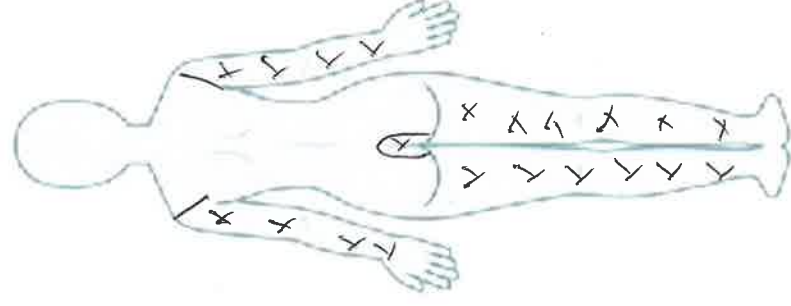
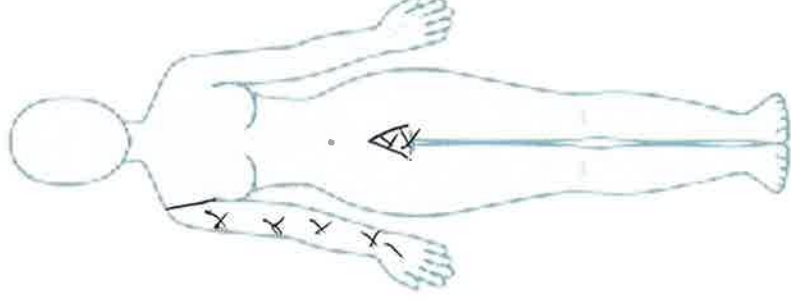
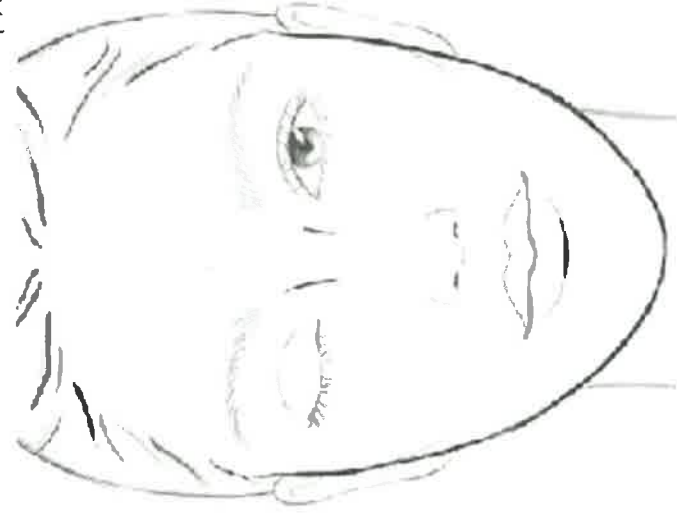
أفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.
الأعراض الجانبية
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحمرة. و من الممكن حدوث بعض التورم والتشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاطف خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
أقر أنه قد أتيحت لي 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 او حصلت على موافقة لابي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

.....

.....

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 (upper leg pending)



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	12/19/18					
Treatment Area	Full body					
Hair Type	DARK					
Mode	DPI / FDD					
Fluence	16J / 15J					
Pulse Type	20J					
CNT Pulse						
Passes	2 pass					
Starting Time	6:50 PM					
Finish Time	8:45 PM					
Post Treatment	None advised					

Therapist Name and Signature *Reem*



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-001230

AED 1,680.00

RECEIPT VOUCHER

Date: 12-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000934 - AYA AL EZAIRJAWI - 971502722884

The sum of Dhs. **One Thousand Six Hundred Eighty Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,680.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being **ADVANCE FOR 2 SESSIONS FULL BODY LHR**

Made by Ghada

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001240)

Date:12-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000934 - AYA AL EZAIRJAWI - 971502722884

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

Bank: Cheque No.

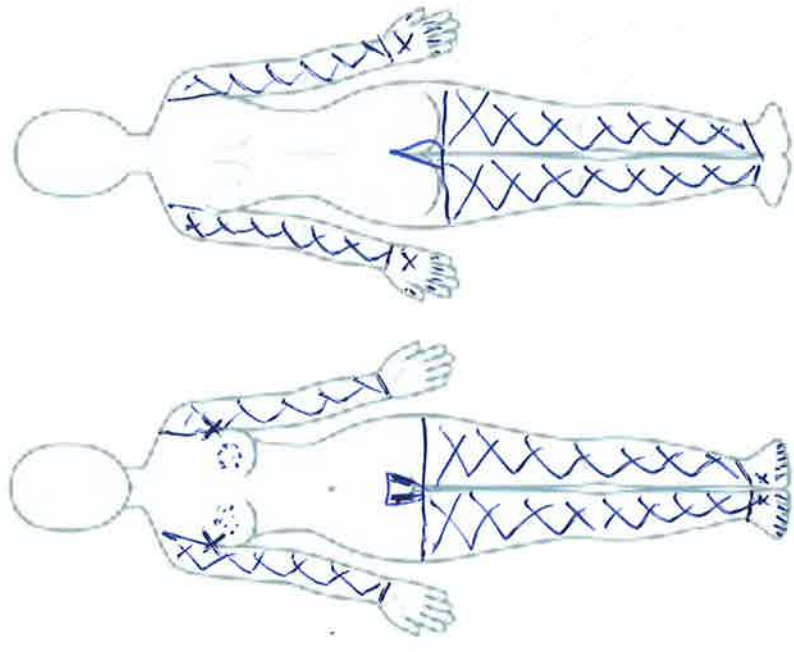
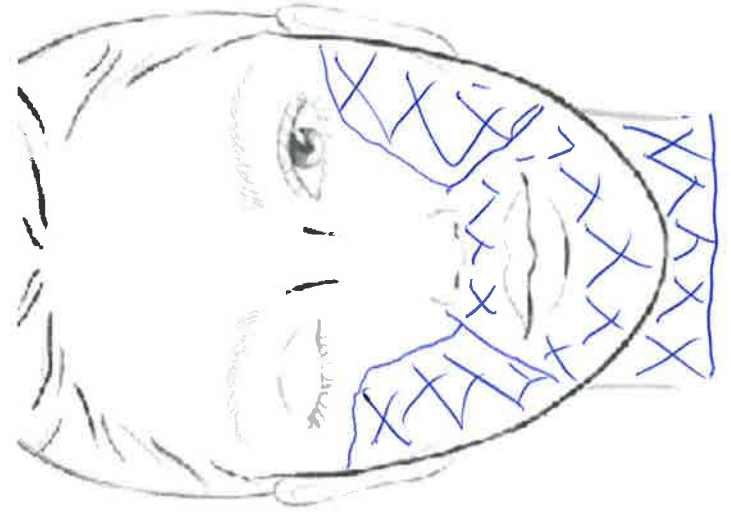
Date: 12-09-2018

Being

Made by Ghada

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

Patient's Name: AYA AL BEALIMANI اسم المريض Evaluation and consent form completed? Yes / No
 File Number: 1000934 رقم الملف Pretreatment photography taken? Yes / No
 Pain Relief given? Yes / No



SKIN TYPE : 3

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	2/10/18	13/11/18	03/12/18			
Treatment Area	AS ABOVE	FULL BODY	FACE			
Hair Type	DARK, COARSE	MEDIUM	MEDIUM			
Mode	DPI, FPP	MAX, NDYAG	MAX			
Fluence	22J/cm ² ; 6J/cm ²	13/20	12.5 / 15			
Pulse Type	SHORT		DOT - 10			
CNT Pulse						
Passes	2, 1	1	1			
Starting Time	12:15 PM	12:10 PM	1:35 PM			
Finish Time	2:30 PM	1:50 PM	2 PM			
Post Treatment		FOLLOW UP				

↓ FACE: 5 J/cm² DOT 10

Therapist Name and Signature ... SHESIE



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001693)

Date: 13-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000934 - AYA AL EZAIRJAWI - 971502722884

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

Bank: Cheque No.

Date: 13-11-2018

Being

Made by Ghada

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