



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 15/9/2018

File Number: 1000944

Patient Name: Amal Ahmed elhasiny Younis

اسم المريض:

Date Of Birth: 1/2/97 Gender: M/F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): متزوجة

Nationality: (الجنسية): مصرية

Phone No. (رقم الهاتف): 556541897

Address (العنوان): السراوية لرياضة

How did you know about us: Google

E-MAIL:

التاريخ الطبي Medical History	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية 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 النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا/نعم لا/نعم
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (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 في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا/نعم لا/نعم
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems لل سيدات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين 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 هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الأبتا، فيروس الحلا المسبب...etc	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 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 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 المؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يختلف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكر 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 العلمية.

أقر انه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم شاماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و امرن ان بعض الإجراءات التخصصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب أو التورم أو التوريق أو الألم أو الحساسية

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 المطالبات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدى قسمي الملف صحيحة. و اتفهم أن اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المطالبات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا التوقيع قد تم شرحه لي بالكامل و احي قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و لدي وقتت عليه بكامل ارادتي

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

أشاد العبد

التاريخ: ... / ... /

File No:

Date: / /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Blood Type (دم):

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 ، الخال المستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تطاعي 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

cAEAlOEBA830DQxO*

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	Amal,Ahmed,Elhusseini,Mahmoud,Younis	IDN:	784199747203133	Mother Name:	
Name (Ar)	امال احمد الحسيني محمود يونس	Card Number:	090517490	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	16/08/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	14/08/2020	Date of Birth:	01/02/1997	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	99412199
Residency Type:	03	Residency Number:	20120183317322	Residency Expiry:	14/08/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

9/15/2018



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

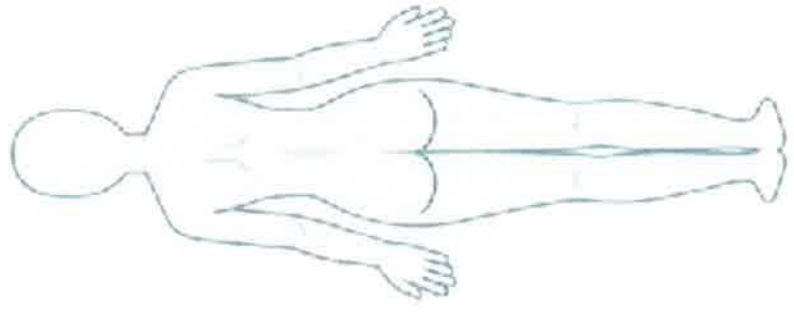
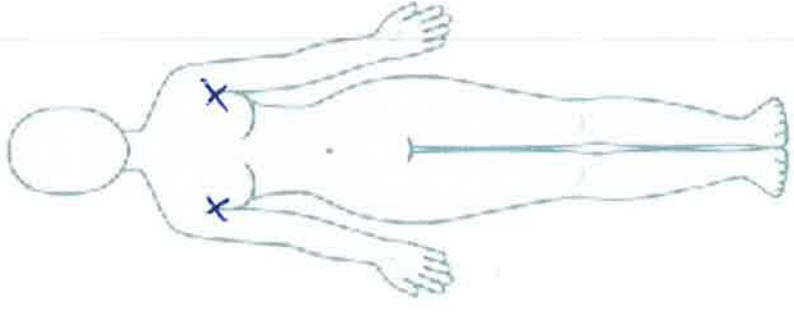
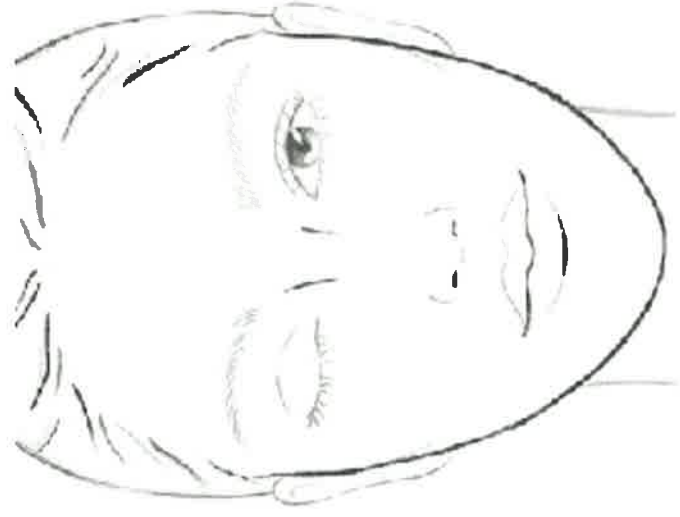
How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟
<input checked="" type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input checked="" type="checkbox"/> دائماً الاحتراق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائماً الاحتراق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائماً الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائماً الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقاً 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 قروحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الإيسوتريتينون 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 الجلايكوليك أو الهاليدوكينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بنق أو كحى أو إزالة الشعر بالشمع في منطة 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 أي وشم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?	ماهي المنتجات التي تستخدمونها / تستخدمها لبيروتك حالياً؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

أقر أنا
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير اللدغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.
وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طبقاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتحلل قدرتها على انماء الشعر. وأنهم 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. وإني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف والكريمات وإزالة الشعر بالشمع و الكحى 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 التف قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- التشموم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات و الحساسيه و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
أفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.
الأعراض الجانبية
قد تتضمن الأعراض الجانبية إحصار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الي عدة أيام 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 أتيت لي الفرصة للاستشارة و توجيه الاستشارة الي المعالج المختص و إني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لفي و إني تجاوزت التامة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

الاسم و التوقيع
التاريخ

Name and Signature
Date

Patient's Name: **AMAL YOUNIS** **اسم المريض**
 File Number: **1000944** **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	15/9/18	13/10/18	21/1/19			
Treatment Area	UNDERARM	UNDERARM	UNDERARM			
Hair Type	DARK	DARK	MEDIUM			
Mode	DP1	DP2	DP1			
Fluence	16J/cm ²	18J/cm ²	20J/cm ²			
Pulse Type	SHORT	SHORT	BURST			
CNT Pulse						
Passes	2	2	2			
Starting Time	6 PM	4:10 PM	10:10 AM			
Finish Time	6:15 PM	4:20 PM	10:25 AM			
Post Treatment						

Therapist Name and Signature **BESSIE JAIN**



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001250)

Date:15-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000944 - AMAL YOUNIS - 971556541897

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **105.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 15-09-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001437)

Date:13-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000944 - AMAL YOUNIS - 971556541897

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **105.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 13-10-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002356)

Date:19-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000944 - AMAL YOUNIS - 971556541897

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **105.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 19-01-2019

Being

Made by *Ghada*

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