

Date: 19/9/2018

Patient Name: Wa.Sam Baban

File Number: 1000962

Date Of Birth: 29/6/1965 Gender: M / F

اسم المريض:

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: Iraq (الوطنية)

Address: Dora, Baghdad (العنوان)

Phone No.: 0505050519 (رقم الهاتف)

How did you know about us: Google (كيف تعرفنا)

E-MAIL:

Medical Condition	Yes/No نعم/لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No نعم/لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي كورتكوستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No نعم/لا	
Allergies أي حساسية؟	Yes/No نعم/لا	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No نعم/لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزمية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No نعم/لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التخثر أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	Yes/No نعم/لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) لنيميا	Yes/No نعم/لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعب، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم/لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم/لا	
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للستبيات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تتعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No نعم/لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم/لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم/لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم/لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم/لا	
Other conditions: HIV...etc تيفوس الأذن، فيروس الحلا البسيط	Yes/No نعم/لا	



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 عن قبل الطبيب المختص و القول
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترميمي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يحتاج الطبيب خلال العلاج أمراً مختلفاً عن ما ذكر 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 خبرتي المهنية و الطبية.
- أقر أن لم يتم تقديم أي ضمانات أو تفويض لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المتقدمة لي، كما أفهم المخاطر و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماماً كافة المخاطر و المضاعفات التي قد تكون مصحبة الفحوصات و الإجراءات المادية و الجراحية.
- و أؤكد أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالتهاب أو التوريم أو الألم أو الحساسية.
- أفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة المادية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي التي قدمت لي لتفصي الملف صحيحة و أفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها بدون موافقتي
- أقر ان لوري المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا التوقيع قد تم شرحه لي بالكامل و التي قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و لدي وقت علي تكامل اراضي

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

2018-09-19
تاريخه

File No:

Date: / /

Patient Assessment

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (ضغط الدم): /

Blood Type (نوعية الدم):

Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint: سبب زيارة المريض للحياة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية:

Medications الأدوية:

Pregnancy الحمل:

Previous Surgeries, Hospitalization

عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعوي): 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	Wasam,Ahsan,Abdulhameed,,Baban	IDN:	784196597630985	Mother Name:	
Name (Ar)	وسام احسان عبد الحميد بابان	Card Number:	077838725	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRQ	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	العراق		
Issue Date:	03/04/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	07
Expiry Date:	24/03/2019	Date of Birth:	29/06/1965	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120107089033	Residency Expiry:	24/03/2019
ID Type:	IL	Occupation:	1317	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

9/19/2018



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

How do you better describe your skin Type <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input checked="" type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	ما هي الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار <input checked="" type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدر؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes/ No No	هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو قرححات في منطقة العلاج؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا
Have you Taken Akutan or isotritonine in the last 6 months? Yes/ No No	هل تناولت عقار الاكوتان/ الايسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes / No No	هل استخدمت ريتين اي او منتجات حمض الهيدروكويك او الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No No	هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? No/ Did you use any tanning products? Yes / No No	متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلستك؟ هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No No	هل لديك اي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> 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 No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No No	السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا
Have you done any permanent make up? Yes / No No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا

أقر أنا **صباة مسمان عم الحميم** أنا مركز أوركيد الطبي / الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.
أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طبقا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على اتمام الشعر.
وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج، وإني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف والكريات وإزالة الشعر بالشمع والكي وإني اخترت إزالة الشعر بالليزر.
أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالشمع أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 7 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 اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.
الأعراض الجانبية

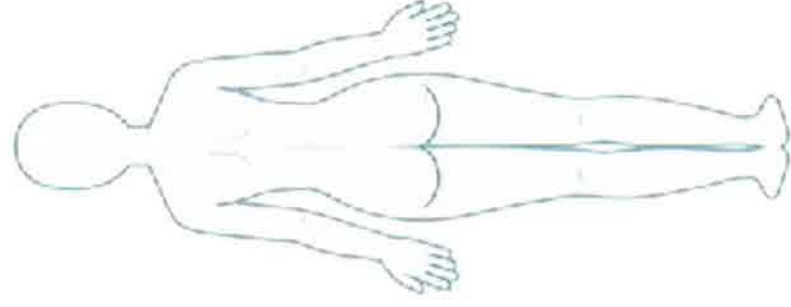
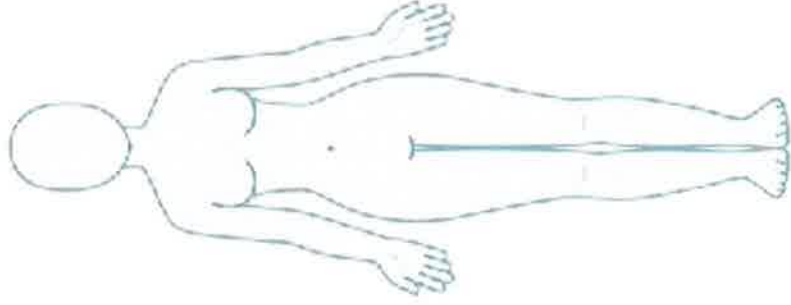
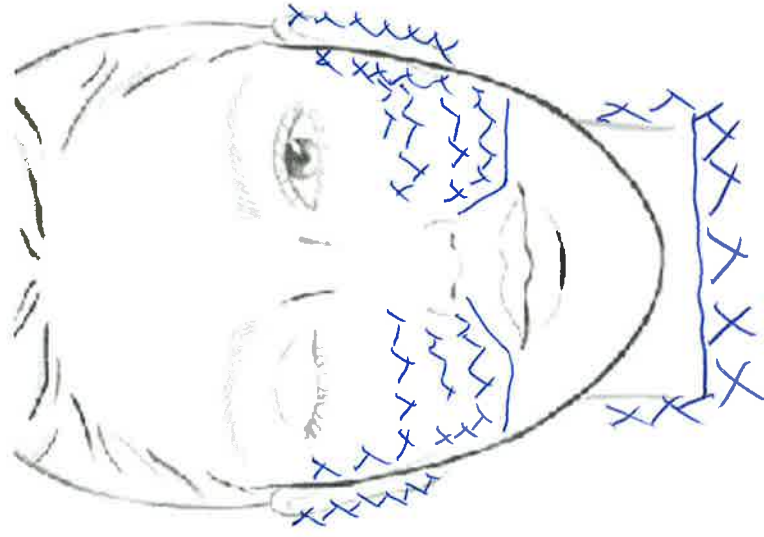
قد تتضمن الاعراض الجانبية احمرار البشرة بما يقرب المروءة، ومن الممكن حدوث بعض التورم والتشققات، وهذه الاعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج، نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدوم في حال حدوثها، ويتصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
أقر أنه قد أتيت لى الفرصة للاستشارة وتوجيه الاستشارة الى المعالج المختص واني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لى، و اني تجاوزت التامة عشر من عمري او حصلت على موافقة لىي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانونى.

الاسم و التوقيع **صباة مسمان عم الحميم**
التاريخ **19/11/19**

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 **19/11/19**

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



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	19/9/18	12/10/18	15/11/18	13/12/18	10/1/19	7/2/19
Treatment Area	BEYOND HAIR-REMOVAL-TREATMENT	SAME	AS ABOVE	AS ABOVE	AS ABOVE	AS ABOVE
Hair Type	DARK, COARSE	DARK	DARK	MEDIUM	MEDIUM	MEDIUM
Mode	DP2	DP1	DP1	NDYAG	NDYAG	NDYAG
Fluence	14 J/cm ²	16 J/cm ²	12 J/cm ²	16 J/20	18 J/17.5	15 J/15
Pulse Type	BURST	BURST	BURST			
CNT Pulse					SPOT: 16	SPOT: 20
Passes	2	2	2	1	1	1
Starting Time	3 PM	10:30 AM	10 PM	10 AM	3:40 PM	10:40 AM
Finish Time	3:25 PM	10:45 AM	10:30 AM	10:20 AM	4 PM	10:45 AM
Post Treatment	FULLCARET	FULLCARET	FULLCARET	FULLCARET	FULLCARET	FULLCARET

* PATIENT IS TRAINED

BLESSIE JAMIN

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,045.80

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001282)

Date:19-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000962 - WASAM BABAN - 971501000519

The sum of Dhs. **One Thousand Forty-Five Dirhams and Eighty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,045.80** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 19-09-2018

Being

Made by **S. Ghade**

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002887)

Date: 07-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000962 - WASAM BABAN - 971501000519

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 210.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-03-2019

Be ng

Made by Rana

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