

Date: 19/9/2018

Patient Name: Shumaila Jamil

File Number: 1000963

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1.8.1985 Gender (الجنس): M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Pakistan.. Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 0555717171

E-MAIL: How did you know about us: Google

الحالة الطبية	Yes/No لا/تعم	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 لا/تعم	No
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/تعم	No
Allergies أي حساسية؟	Yes/No لا/تعم	No
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No لا/تعم	No
Cardiac surgery,Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب قشعراف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No لا/تعم	No
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزف أو تتعاطى أي مسيلات للدم؟	Yes/No لا/تعم	No
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	Yes/No لا/تعم	No
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعب، أمراض أخرى	Yes/No لا/تعم	No
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو الأمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No لا/تعم	No
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للبنات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تتعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No لا/تعم	No
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No لا/تعم	No
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة محوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No لا/تعم	No
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No لا/تعم	No
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No لا/تعم	No
Other conditions HIV...etc...هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحماق البسيط	Yes/No لا/تعم	No

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 it 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 إقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بحالاج حادتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المعول.
- أتفق أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترميمي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفق أنه من الممكن أن يتكشف الطبيب خلال العلاج أمور مختلفة عن ما ذكر في القمص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها .
- أفرض 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 لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية الحقيقية لي. كما أتفق المخاطر و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفق تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات المأخوذة و الجراحية و المضاعفات و لمرور ان بعض الإجراءات التشخيصية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالانقباض في التورم أو الالتهاب أو الحساسية المرضية.
- أتفق أن هناك رسوم يدفعها المريض يجب علي دفعها مقابل الخدمة المأخوذة و أن جميع الرسوم المأخوذة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي التي قدمته لي تفحصي باللق صحيحة و أتفق ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون علمي.
- أقر ان لدى المعلومات الخاصة بتعميم هذا النموذج وان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بتمام اراضي

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


التاريخ: ... / ... /

File No:

Date: / /

Patient Assessment

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للحياة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسيات:

Medications الأدوية:

Pregnancy الحمل:

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، احوال المستشفى:

Smoking (التخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تخاطي العقاقير) : Y / N

General & Clinical Findings ملاحظات العامة و السريرية:

Examination الفحص:

Radiography الصور الشعاعية:

Diagnosis التشخيص:

Treatment Plan خطة العلاج

19.08.2018

CASIMOTON M3MUT
PDI? FAL. PACE MM
DMRC CURCUPS KIZUWA
(B)BS (POTRPER) TO OSOMMUMUSU
PAP 4 SEASONS



Doctor's Signature and Stamp

.....

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	Shumaila Aqeel,Aqeel,Bin Jamil	IDN:	784198580714172	Mother Name:	
Name (Ar)	شماله عقیل،عقیل،بین جمیل	Card Number:	081374079	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PAK	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	پاکستان		
Issue Date:	25/12/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	29/11/2019	Date of Birth:	01/08/1985	Sponsor Name:	عقیله لاریبہ بی بی م م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120107175469	Residency Expiry:	29/11/2019
ID Type:	IL	Occupation:	2413	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

9/19/2018

PPR Treatment Consent Form الغنيمة باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية القرار بالعلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية

Description of Treatment

This treatment involves the collection of your blood (approximately 11 - 22 ml), then your blood is spun down using a centrifuge to separate out the plasma and platelet portion using the separator gel as a special filter. The PRP portion of your blood is then used at the point of care to re-energize your cells into rejuvenating themselves. The product is 100% your own blood by-product (autologous). If you have any questions please do not hesitate to ask your physician or nurse.

Side Effects

you will likely experience mild to moderate swelling of the treated area, this will last for about 12- 24 hours; ice or cold compresses can be applied to reduce swelling if required. You may notice a tingling sensation while the cells are being activated. In rare cases skin infection may occur, which is easily treated with an anti-biotic.

Contraindications

You should not have PRP treatment done if you have any of the following conditions: Skin conditions and diseases including: Facial cancer, existing or uncured. This includes SCC, BCC and melanoma, systemic cancer, chemotherapy, steroid therapy, dermatological diseases affecting the face (i.e. Porphyria), Blood disorders and platelet abnormalities, Anticoagulation therapy (i.e.: Warfarin) Platelet dysfunction syndrome, critical thrombocytopenia, hypofibrinogenaemia, haemodynamic instability, sepsis, chronic liver disease, Hepatitis or any acute or chronic infections. Aspirin, Anti-inflammatory such as Nurofen, Voltaren, Diclofenac, or Naproxen etc.? St Johns Wort, Garlic,

Are you currently taking, or have you recently taken (within 14 days) Vitamin E, or Fish Oil supplements that could have a thinning effect on your blood.

In case of presence of any previously mentioned contraindications please mention it here

Or Ask the doctor if you are not sure or you have any questions.

Patient's Name and Signature:

Shir

Date: ... / ... / ...

وصف العلاج

يتضمن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينة من دم المريض تساوي تقريباً (١١ - ٢٢) مل.
ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام سائل فاصل التفتيح بشكل خاص.
ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و إعادة انضارها لها.
هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض.
إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

الاعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف الى المتوسط في المنطقة المعالجة. وقد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة؛ ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة التورمة إذا تطلب الأمر. من الممكن ان تشعر ببعض الوخز الخفيف بينما يتم تشييط الخلايا. نادراً ما يصاحب العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضادات الحيوية.

موانع العلاج

- لا يجب أن تلتقي العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية:
 - الأمراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخلايا الحرشفية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغيفة و السرطان الجهازى و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الأمراض الجلدية التي تصيب الوجه (بمثال البروفيريا) امراض الدم و الخلل في الصفائح الدموية، علاج نخثر الدم (بمثال الوارفارين)
 - متلازمة خال الصفائح الدموية، القصور الحاد في عدد الصفائح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم.
 - عدم استقرار تنفق الدم، حالات التعفن الدموي، امراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.
 - تناول الأسبرين و مضادات الالتهاب كالتيفينين و الفيتارين و الكيكوفيناك و التايروكسين، أو مستحضرات التجميل. أو إذا كنت تتناول حالياً (خلال الأربعة عشر يوماً الماضية) مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي الى ترقق الدم.

في حالة وجود احد موانع العلاج انسي تسمى تخرىما يرجى عتابك ذلك هنا

و لذا لم تكن متأكدًا او كانت لديك أي استفسارات اسأل الطبيب المختص،

اسم المريض / التوقيع

Shir

التاريخ: ... / ... / ...

PRP Treatment Consent Form اقرار بالعلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية

I understand that due to the natural variation in quality of Platelet rich plasma, results will vary between individuals. I understand that although I may see a change after my first treatment; I may require a series of up to 6 sessions to obtain my desired outcome. The procedure and side effects has been explained to me including alternative methods; as have the advantages and disadvantages. I am advised that though good results are expected, the possibility and nature of complications cannot be accurately anticipated and that, therefore, there can be no guarantee as expressed or implied either as to the success or other result of the treatment. I am aware that the PRP treatment is not permanent as natural degradation will occur over time.

I authorize Dr. from Orchid Medical Center, perform the injection of PRP (Platelet Rich Plasma) for rejuvenation. This consent form will be valid for up to 6 applications of PRP, after which time I may be asked to compete a new form. I state that I have read (or it has been read to me) and I understand this consent and I understand the information contained in it. I have had the opportunity to ask any questions about the treatment including risks or alternatives and acknowledge that all questions about the procedure have been answered in a satisfactory manner and that all blanks were filled in prior to my signature and I had the right to refuse the treatment. THIS CONSENT FORM IS VALID UNTIL ALL OR PART IS REVOKED BY ME IN WRITING. When completing the medical questionnaire, I have answered the personal medical history questions fully and to the best of my ability.

أتفهم أن نتائج هذا العلاج قد تختلف من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية.

وأتفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من بعد جلسة العلاج الأولى قد أحتاج حتى ٦ جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

أقر بأن هذا الإجراء الطبي و آثاره الجانبية و بدائله الممكنة و منافعه و مضاره قد شرحت لي بشكل كامل.

و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المضاعفات و طبيعتها بدقة و بالتالي، لا توجد أي ضمانات واضحة أو ضمنية لنجاح هذا العلاج أو أي نتائج أخرى.

أدرك أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجاً دائماً لأن التراجع الطبيعي سوف يحدث مع الوقت.

أفوض الدكتور

من مركز أوركيد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لإعادة النضارة، و أن هذا الاقرار و التفويض سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قادمة.

و أنني قد أحتاج لتوقيع اقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الاقرار بالكامل (أو قد تمت قراءته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و إنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الاخطار و الاعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له. و أن جميع اسئلتي قد أجيببت بشكل كامل و وافي و أن جميع الاجابات التي ضمنتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملؤها قبل توقيعني أدناه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

ان هذا الاقرار صالح بالكامل حتى ألغيه كاملاً أو جزئياً و بخط اليد.

أقر أنني قد ملأت استمارة الاستمارة الطبية و شرحت تاريخي الطبي بشكل كامل و يكامل أرادتي.

Patient's Name and Signature:

Shah

اسم المريض / التوقيع

Date: ... / ... /

التاريخ: ... / ... /