

Date: 9/9/2018

Patient Name: Nawra Alalayyan

File Number: 1880967

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 20/6/1996 gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): Saudi

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Shawjah

Phone No. (رقم الهاتف): 0566581414

E-MAIL:

How did you know about us: Google

| المرض | إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل | If 'YES' give details |
|--|------------------------------------|-----------------------|
| الحالة الطبية | Yes/No لا/نعم | |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتناول أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟ | Yes/No لا/نعم | |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتناول أي ستيرويدات 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 أمراض؟ | Yes/No لا/نعم | |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب عضف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | Yes/No لا/نعم | |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتناول أي مميعات الدم؟ | Yes/No لا/نعم | |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم) | Yes/No لا/نعم | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى | Yes/No لا/نعم | |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟ | Yes/No لا/نعم | |
| For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للبنات: هل أنت حامل؟ هل تتناولين أي دواء للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية | Yes/No لا/نعم | |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى | Yes/No لا/نعم | |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى | Yes/No لا/نعم | |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | Yes/No لا/نعم | |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ | Yes/No لا/نعم | |
| Other conditions HIV, HTV, HBV, HCV هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس التهاب الكبد B، فيروس التهاب الكبد C، فيروس التهاب الكبد E | 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 of 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 تسمح للطبيب بعلاج حالي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و العمل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالناجح الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمور مختلفة 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 الدراجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تفهم أي ضمانات أو تخمين بنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية الحقيقية لي، كما أتفهم الخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات المادية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتقيح أو القرح أو النزف أو الألم أو الحساسية المرضية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة الجراحية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المطبوعات الطبية و التاريخ الطبي التي قدمت لي قسمي لملف صحيحة و تفهم ان اي مطبوعات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون علمي.
- أقر ان هي المطبوعات الكاملة تفهم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وافقت علي تقديم اراضي

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

التاريخ: ... / ... /

Patient Assessment

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

Vital Signs
الأمثلة العلامات الحيوية

Height (الطول): cm

Blood Pressure (ضغط الدم): /

Blood Type (نوعية الدم):

Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint
سبب زيارة المريض للعيادةDisease History
التاريخ المرضي:Allergies
الحساسياتMedications
الأدويةPregnancy
الحملPrevious Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ابحال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعلي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings
ملاحظات العامة و السريريةExamination
الفحصRadiography
المصور الشعاعيةDiagnosis
التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan **خطة العلاج**

Doctor's Signature and Stamp:

.....

REDAD DATA

cAEAI0EBAA83ODQxO

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report

File

Non-Modifiable Data (SF3) False

Modifiable Data (SF5) False

Holder Signature Image (SF7) False

Photography False

Home Address False

Work Address False

Valid Signature?

Card Holder Information

| | | | | | |
|-----------------|---------------------------------|-------------------|-----------------|-------------------|------|
| Name | Noura,Hamad,A.,Alolayan | IDN: | 784199686493836 | Mother Name: | Lama |
| Name (Ar) | نور هيثم حمد بن عبدالله العليان | Card Number: | 069949782 | Mother Name (Ar): | لما |
| Title: | | Nationality: | SAU | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | السعودية | | |
| Issue Date: | 04/09/2014 | Sex: | F | Sponsor Type: | |
| Expiry Date: | 04/09/2019 | Date of Birth: | 20/06/1996 | Sponsor Name: | |
| Marital Status: | 01 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | |
| Residency Type: | | Residency Number: | | Residency Expiry: | |
| ID Type: | IR | Occupation: | 11 | Occupation Field: | 00 |

Photo



Signature Image

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

9/19/2018



precisely Kindly Answer the following questions

مُرجى الإجابة 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 | <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار |
| <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned | <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار |
| <input checked="" type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned | <input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار |
| <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned | <input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار |
| Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No | هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جديرة؟ نعم / لا |
| Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No | هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا |
| Have you Taken Akutan or Isotretinoin in the last 6 months? Yes/ No | هل تناولت عقار الأكيوتان/ الإيسوتريتينوين 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? Yes/ No | متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحسنة تسمير؟ نعم / لا |
| 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 سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا |
| What products you are using for your skin recently?..... | ماهي المنتجات التي تستخدمها ليعرثك 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 أنت حامل؟ نعم / لا |
| Have you done any permanent make up? Yes / No | هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا |

Naura

I, Naura..... 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 بالاشارة لإزالة 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 فتعمل قدرتها على إنهاء الشعر. وأنهم إن نتاج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وأنني علم على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلتفت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفك قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعلاء التاريخ الطبي كاملاً و يشمل ذلك العلاجات و الحساسيات و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحرق و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستتلاشى خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص الشمس و 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 أتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قرأته لى. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

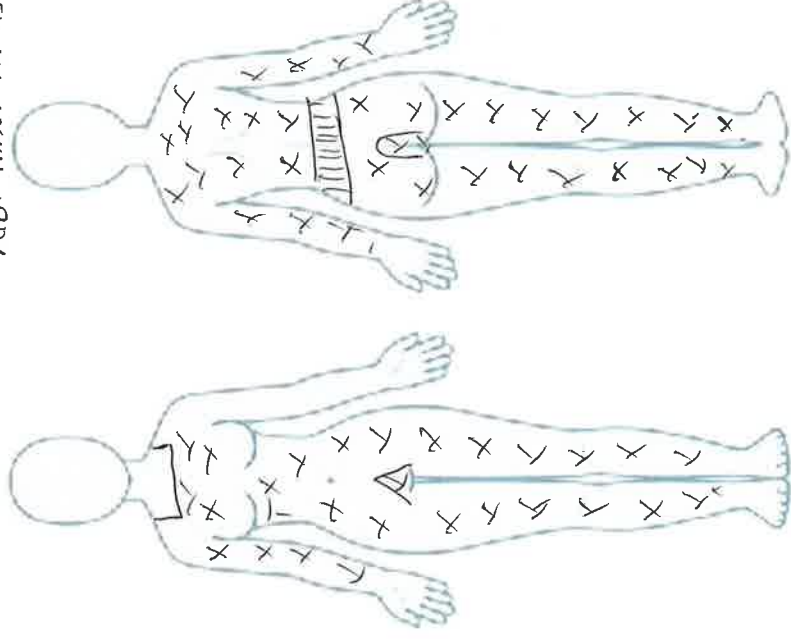
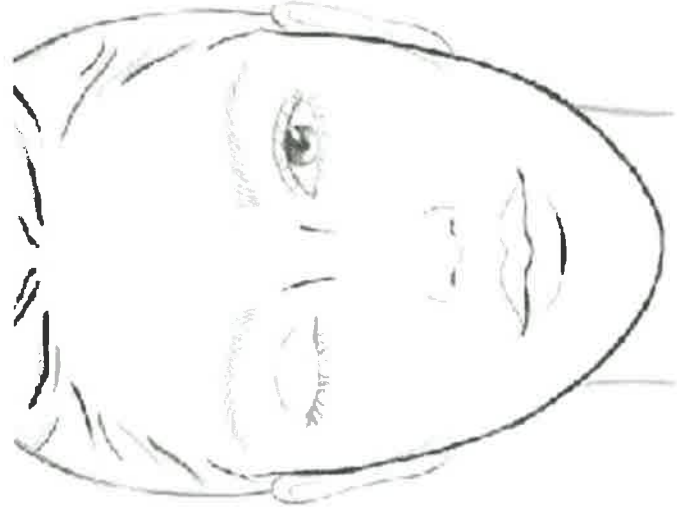
الإسم و التوقيع

التاريخ

... / ... /

Patient's Name:
 File Number:
 Pain Relief given? Yes / No

19/9/18.
 1st session — No lower back
 No. inner hands.



| | Session 1 | Session 2 | Session 3 | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|----------------|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Treatment Date | 19/9/18. | | | | | |
| Treatment Area | Full body | | | | | |
| Hair Type | Dark Medium | | | | | |
| Mode | DPI / FDP | | | | | |
| Fluence | 16 J/cm ² | | | | | |
| Pulse Type | | | | | | |
| CNT Pulse | | | | | | |
| Passes | 2 pass. | | | | | |
| Starting Time | 6 pm | | | | | |
| Finish Time | 8 pm | | | | | |
| Post Treatment | | | | | | |

Therapist Name and Signature
 Beena [Signature]



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,470.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001284)

Date: 19-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000967 - NOURA ALOLAYAN - 971566581414

The sum of Dhs. **One Thousand Four Hundred Seventy Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,470.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 19-09-2018

Being

Made by Ghada

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