



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إنسانة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

Date: 22/9/2018

File Number: 1000980

Patient Name: Jabir Abdalla

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 18 / 9 / 1984 Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): U.S.A. Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Sheikha

Phone No. (رقم الهاتف): 0555 111828

E-MAIL:

How did you know about us: Google

الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم تذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا/نعم	X
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مسكرويدات أو مخفضات للمناعة؟	لا/نعم	X
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا/نعم	X
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لا/نعم	X
Cardiac surgery: Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب عضلة القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا/نعم	X
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا/نعم	X
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا/نعم	X
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	لا/نعم	X
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض جولية أو تناسلية؟	لا/نعم	X
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيدات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي حبوب للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية	لا/نعم	
Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	لا/نعم	X
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا/نعم	X
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا/نعم	X
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	لا/نعم	X
Other conditions HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا، الحصبة، etc	لا/نعم	X



### 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 بإجراء حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و التوقيع،
- أتقدم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الخاصة قد تكون ضرورية من أجل توثيق العلاج الأفضل.
- أتقدم 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 واتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعهدات لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية الخاصة لي، كما أتقدم بالخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتقدم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب أو القرح أو النزيف أو الألم أو الحساسية.
- أتقدم 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 المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي تم فحصي الملف صحيحا . و أتقدم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية مستحقة سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها بدون موافقتي
- أقر أن نعي الطبيب الكاملة تقديم هذا الاقرار و ان هذا التصريح قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بحسب رادفي

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

التاريخ: ... / ... / .....

## Patient Assessment

## Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (ضغط الدم): /

Blood Type (نمط 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 ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعوي العقاقير): Y / N

## General &amp; 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

.....



United Arab Emirates دولة الإمارات العربية المتحدة  
Driving License رخصة قيادة

رقم الرخصة License No.	305163
الاسم Name	JABIR ABDALLA AHMED ALI ABDALLA جابر عبدالله احمد علي عبدالله
الجنسية Nationality	EMIRATES الإمارات
تاريخ الميلاد Date of Birth	18-04-1984
تاريخ الاصدار Issue Date	05-03-2003
تاريخ الانتهاء Expiry Date	30-05-2026
جهة الاصدار Place of Issue	SHARJAH الشارقة

سلطة الترخيص  
MITR313230  
Licensing Authority



precisely Kindly Answer the following questions

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف المناسب لنوع بشرتك؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> هائلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ 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 Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الاكوتان/ الايسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydrocuenon on Site? Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجايوكريك أو الهالوتريكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتفك أو كسي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 اسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? No	هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحبسة بشرة؟ 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 لبشرتك 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

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

أقر أنا ..... بالشروط الواردة في هذا النموذج / الموافقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور. وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يترك طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إتمام الشعر. وأتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والالتزام المرضي بتعليمات العلاج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإذني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع والتفك والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكسي وإذني اختارت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت 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 والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.  
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والحساسيات 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.  
أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

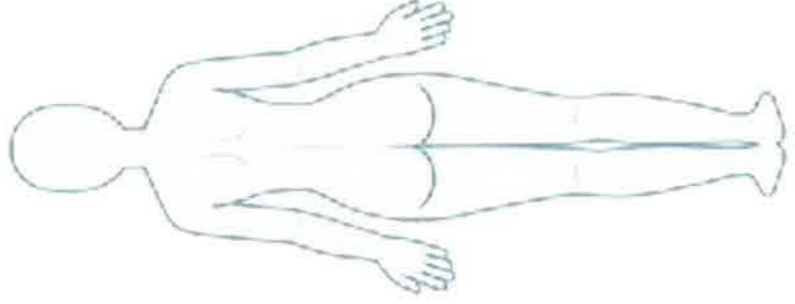
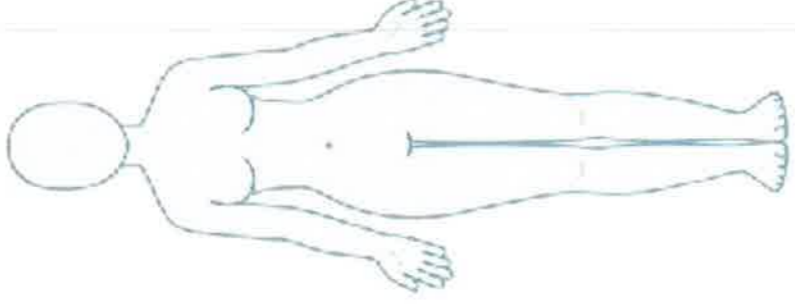
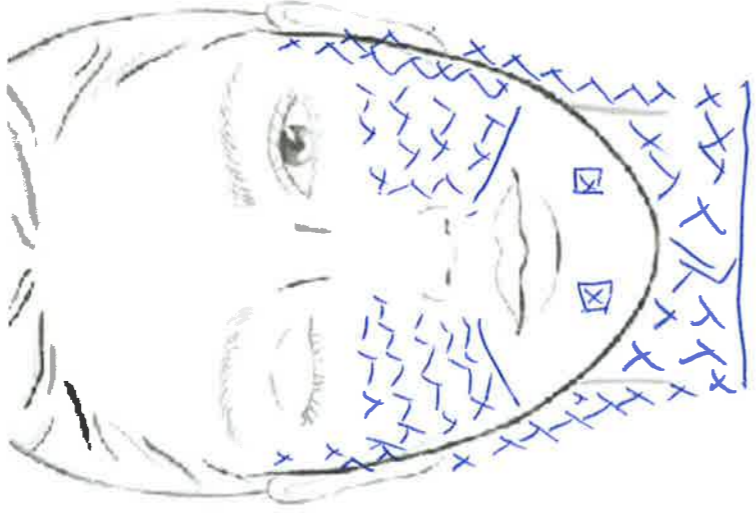
الأعراض الجانبية  
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحرق. ومن الممكن حدوث بعض التورم والتشققات. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نفس الأعراض الجانبية ليست بالأمر الشائع ولا تدوم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد اتبعت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص وأي قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد قمت قرأته لي. وأذني تجاوزت التامة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الإسم والتوقيع

التاريخ  
..... / .... / .....

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



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	22/9/19	9/11/19	2/11/19			
Treatment Area	BEARD LINE + NECK	JAWLINE	Same			
Hair Type	DARK	MEDIUM	Medium			
Mode	DP1	NO-MG	NO-MG			
Fluence	14 J/cm <sup>2</sup>	16 J/15	17 J/15			
Pulse Type	BURST	SPOT:90	SPOT - 16			
CNT Pulse						
Passes	2	1	1			
Starting Time	4 PM	12:45 PM	6:20 PM			
Finish Time	4:15 PM	1:05 PM	6:30 PM			
Post Treatment	FUJICORT	FUJICORT	FUJICORT			

Therapist Name and Signature ..... BESSIE JAWAN .....





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-001302

Date: 22-09-2018

RECEIPT VOUCHER

AED 420.00

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000980 - JABIR ABDULLA - 97155511828**The sum of Dhs. **Four Hundred Twenty Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **420.00** (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 BEARD LINE & NECK LHR**

Made by Ghada

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001301)

Date:22-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000980 - JABIR ABDULLA - 97155511828

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: 22-09-2018

Being

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

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002238)

Date:08-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000980 - JABIR ABDULLA - 97155511828

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten 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 **210.00**

Bank: Cheque No.

Date: 08-01-2019

Being

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005800)

Date: 02-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000980 - JABIR ABDULLA - 971555111828

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten 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 **210.00**

Bank: Cheque No.

Date: 02-11-2019

Being **BEARD LINE + NECK + VAT**

Made by **Rana**

1. Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
2. Treatment includes lab cost is non-refundable.
3. After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1000980 - JABIR ABDULLA - 971555111828

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**