



Date: 23/9/2018

File Number: 1000985

Patient Name: Marwa Ali

اسم المريض:

Date Of Birth: 20/8/1990 Gender: M / F

الحالة الاجتماعية: ()

Nationality: (الجنسية): Iraq

Address: (العنوان): D. Al-Bayha

Phone No: (رقم الهاتف): 0503818142

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 اذكر بالتفصيل |
|---|---|--------------------|---|
| هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟ | Recent or current drugs/Medical Treatment | لا/نعم | 8 |
| هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟ | Corticosteroids/Immunosuppressant | لا/نعم | 8 |
| هل لديك أي حساسية؟ | Allergies | لا/نعم | 8 |
| هل أجريت أي عمليات جراحية أو تخليقي من أي أمراض؟ | Surgical Operations, Serious illness | لا/نعم | 8 |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | | Yes/No نعم / لا | 8 |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants حل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التثقب أو تتعاطى أي مميعات للدم؟ | | Yes/No نعم / لا | 8 |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم) | | Yes/No نعم / لا | 8 |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى | | Yes/No نعم / لا | 8 |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟ | | Yes/No نعم / لا | 8 |
| For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيدات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية | | Yes/No نعم / لا | 8 |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى | | Yes/No نعم / لا | 8 |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كروني، أي أمراض معوية أخرى؟ | | Yes/No نعم / لا | 8 |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | | Yes/No نعم / لا | 8 |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ | | Yes/No نعم / لا | 8 |
| Other conditions: HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحزاز الدموي...etc | | Yes/No نعم / لا | 8 |



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 اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بإحدى حالاتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل توثيق العلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا 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 العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لناتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية الطبية لي، كما أفهم المخاطر و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و لعلك إن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو الازرق أو الألم أو الحساسية المرضية.
- أفهم أن هناك رسوم يحد الأذى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم الطبية يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمته لمي قمتي الملف الصحية و أفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اذني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اذني وافقت علي بمسائل المرضي

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

التاريخ: ... / ... /

Patient Assessment

Vital Signs الحيوية المؤشرات

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (ضغط الدم): /

Blood Type (نوعية الدم):

Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint شكاوى 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 (تعاقي 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

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 | Marwa,Khalid,,,Ali | IDN: | 784199068464629 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | مروية خالد,,,علي | Card Number: | 089423377 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | IRQ | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | العراق | | |
| Issue Date: | 06/06/2018 | Sex: | F | Sponsor Type: | 03 |
| Expiry Date: | 07/05/2021 | Date of Birth: | 20/08/1990 | Sponsor Name: | حمدييه محمود حسون |
| Marital Status: | 01 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 06872011 |
| Residency Type: | 03 | Residency Number: | 20120063052646 | Residency Expiry: | 07/05/2021 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 99 | Occupation Field: | 00 |

Photo



Signature Image

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

9/23/2018



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

| | |
|--|---|
| 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 هو الوصف الجيد 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 بسيط أو بثور أو تقرحات 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 الكويتان/ ايسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا |
| Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinon on Site? Yes / No No | هل استخدمت ريتين اي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ <input checked="" type="checkbox"/> لا |
| Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No No | هل قمت بنق أو كمي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 اسابيع الماضية؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/> لا |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? Do/ Did you use any tanning products? Yes / No No | متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ 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 / تستخدمها بشرتك حاليا؟ <input checked="" type="checkbox"/> كريمات <input checked="" type="checkbox"/> صابون |
| Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No No | هل اجريت اي عملية ازالة شعر سابقا؟ <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 مروة صياد علي أقدمي الى مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المشفر.
أتعهد أن أشعة الليزر تنتج طبقا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصليات الشعر تعمل قدرتها على انهاء الشعر. وأتعهد ان نتاج العلاج تختلف من شخص إلى اخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني علم على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتق و التفت و الكريمات و ازالة الشعر بالشمع و الكمي وإني اخترت ازالة الشعر بالليزر.
أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالشمع أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 اسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي ازالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 اسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الكويتان خلال الست اشهر الماضية و اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.
أتعهد أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.
الأعراض الجانبية
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تقوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
أقر أنه قد أتيت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أتي قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي و أتي تجاوزت التامة عشر من عمري او حصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

أقر أنا مروة صياد علي أقدمي الى مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المشفر.
أتعهد أن أشعة الليزر تنتج طبقا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصليات الشعر تعمل قدرتها على انهاء الشعر. وأتعهد ان نتاج العلاج تختلف من شخص إلى اخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني علم على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتق و التفت و الكريمات و ازالة الشعر بالشمع و الكمي وإني اخترت ازالة الشعر بالليزر.
أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالشمع أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 اسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي ازالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 اسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الكويتان خلال الست اشهر الماضية و اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.
أتعهد أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.
الأعراض الجانبية
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تقوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
أقر أنه قد أتيت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أتي قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي و أتي تجاوزت التامة عشر من عمري او حصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

الاسم و التوقيع مروة صياد علي

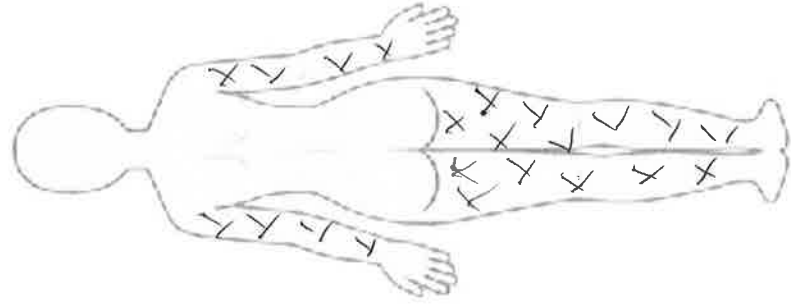
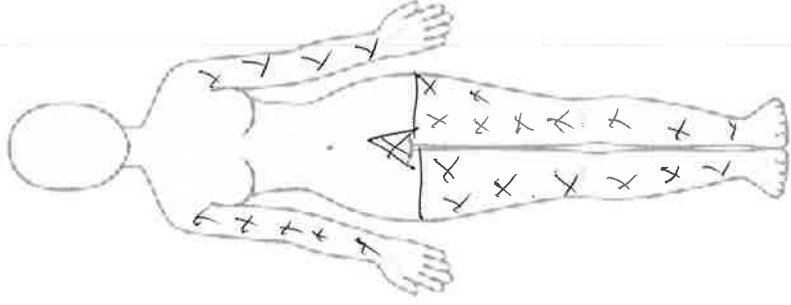
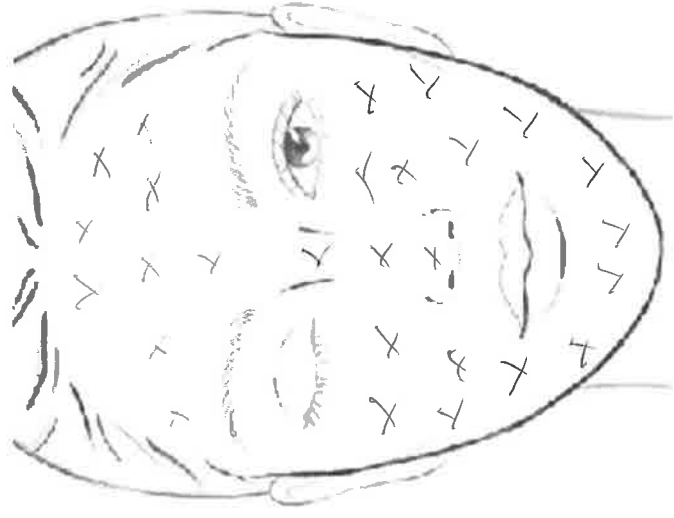
التاريخ 2018/19/08

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 مروة صياد علي

Date 2018/19/08

Patient's Name: :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 | 8/3/18 | | | | | |
| Treatment Area | full body | | | | | |
| Hair Type | Medium | | | | | |
| Mode | Alex 17ag 2315 | | | | | |
| Fluence | 97/18J (limited leg) | | | | | |
| Pulse Type | 8ms | | | | | |
| CNT Pulse | | | | | | |
| Passes | 1 pass | | | | | |
| Starting Time | 6.45pm | | | | | |
| Finish Time | 8.45pm | | | | | |
| Post Treatment | | | | | | |

Therapist Name and Signature Trainer + beam.



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001308)

Date:23-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000985 - MARWA ALI - 971503818142

The sum of Dhs. Eight Hundred Forty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 840.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 23-09-2018

Being

*Sarah*Made by 

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