



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

دواء... إنسان... جمال
Health... Smile... Beauty

Date: 25/1/2018

File Number: 1000988

Patient Name: Rula Al-Jaleeli

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 27/01/1992

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

M (F)

Student

Nationality (الجنسية): Iraqi

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Dubai Land - Living Legends

Phone No. (رقم الهاتف): 050 2167890

E-MAIL: r.aljaleeli@emh.com

How did you know about us: friend

friend

الدالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No لا/نعم	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبوتات 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 النزف أو تتعاطى أي مميعات للدم	Yes/No لا/نعم	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ليمفوما (فقر الدم)	Yes/No لا/نعم	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعب، 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 للسيدات: هل أنت حامل؟ هل تعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعطين من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No لا/نعم	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No لا/نعم	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة متوية، 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, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس نقص المناعة البشرية، فيروس نقص المناعة البشرية...إلخ	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 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

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و التعامل
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل توثيق العلاج الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يشتكف الطبيب خلال العلاج أموراً 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 لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية البقية لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون محتملة للفحوصات و الإجراءات المادية و الجراحية.
- و أؤكد أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالانقباض أو التورم أو الالتهاب أو الألم أو الحساسية
- أتفهم 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 التعليمات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدبته لي يخصني للملف الصحية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الأطلاع عليها من غيري
- أقر أن لدى التعليمات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و الذي قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و التي وقعت عليّ بكامل إرادتي

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):



25 09 2018
Date: ... / ... /

المرضى: ... / ... /

Patient Assessment

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

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تحتاطي 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:

.....



Kindly Answer the following Questions Precisely

Are you pregnant or breast feeding? Yes (No) / لا	هل أنت حامل أو تقومين بالإرضاع حاليا؟ نعم / لا
Do you have a history of allergy or anaphylaxis? Yes (No) / لا	هل لديك أي حساسية؟ نعم / لا
Are you currently receiving any Medical Treatment? Yes (No) / لا	هل تتلقى أي علاجات حاليا؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....
Have you previously received any aesthetic treatment? Yes (No) / لا	هل قمت سابقا بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....
Have you ever done any treatment with botox or filler? Yes (No) / لا	هل قمت سابقا بأي علاج باستخدام البوتكس أو الفيلر؟ نعم / لا
If yes, provide more details	إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....
What Areas are treated and when?.....	ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟.....
Did you suffer any side effects after treatment?.....	هل عانيت من أي أعراض جانبية بعد العلاج؟.....
Have you ever suffered from any auto immune disease? Yes (No) / لا	هل عانيت من أي امراض مناعية؟ نعم / لا
Do you have any skin infections or inflammations? Yes (No) / لا	هل تعاني من أي التهابات أو امراض جلدية؟ نعم / لا
Do you take any aspirin, steroids or anticoagulant? Yes (No) / لا	هل تتناول أي ستيرويدات أو اسبرين أو مبيعات للدم؟ نعم / لا
Do you have any allergy, specially to Hyaluronic acid, Amide Local Anesthesia or Lidocaine? Yes (No) / لا	هل تعاني من أي حساسية خصوصا تجاه حمض الهالورنيك أو التخدير الموضعي أو الليدوكين؟ نعم / لا
Do you suffer of Hypertrophic Scarring? Yes (No) / لا	هل تعاني من تضخم الندب؟ نعم / لا
Do you suffer any cardiac disorders? Yes (No) / لا	هل تعاني من أي مشاكل أو امراض قلبية؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....

I hereby consent that I have come to orchid medical center for Treatment with Botox / Filler.

أقر أنني قد حضرت إلى مركز أوركيد الطبي للحصول على العلاج باستخدام حقن البوتكس و الفيلر.

I understand this is an elective procedure and I hereby voluntarily consent to treatment with dermal fillers for facial rejuvenation, lip enhancement, establish proper lip and smile lines, and replacing facial volume. or remove any unwanted wrinkles around eyes and forehead. The procedure has been fully explained to me. I also understand that any treatment performed is between me and the doctor/healthcare provider who is treating me and I will direct all post-operative questions or concerns to the treating clinician. I have read the above and understand it. My questions have been answered satisfactorily. I accept the risks and complications of the procedure and I understand that no guarantees are implied as to the outcome of the procedure. I also certify that if I have any changes in my medical history I will notify the doctor/healthcare professional who treated me immediately.

أتفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري و أنني قد وقعت هذا الاقرار بوعي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر / البوتكس لإعادة النضارة للوجه و تحسين مظهر الشفاه و تغيير مظهرها أو إعادة تضاريس الوجه. أو إخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة و حول العين. الاستفسارات الى الطبيب المعالج قبل و بعد المعالجة.

أقر أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل و أنني سوف أوجه جميع الاسئلة و أسئلتهم إلى الطبيب المعالج هذا الاقرار و التقييم (أو تمت قراءته لي و أنا على علم بمحتواه) و ان جميع اسئلتني و استفساراتني قد أجيبته بالكامل و بشكل مرضي،

أقر أنني على علم بكامل الاخطار و المضاعفات التي قد تنتج عن هذا العلاج و اتفهم ان لا ضمانات قد قدمت لي لنتائج هذا الإجراء الطبي.

و أشهد أنني قد أعطيت المعلومات في هذا النموذج بشكل كامل و صحيح و أنني اتحمل مسؤولية التبليغ في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

Patient Name and Signature

Ewa Al-Jaleeli

Date: 25 07 2018

التاريخ: ... / ... /

Patient's Name: **Rula Aljaleeli**

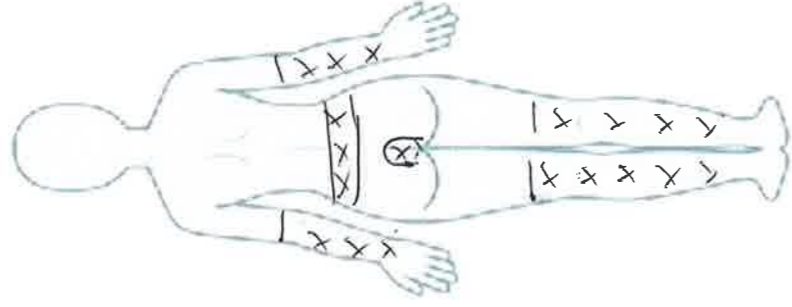
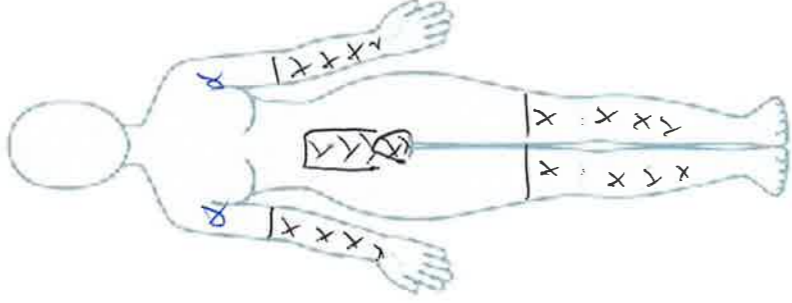
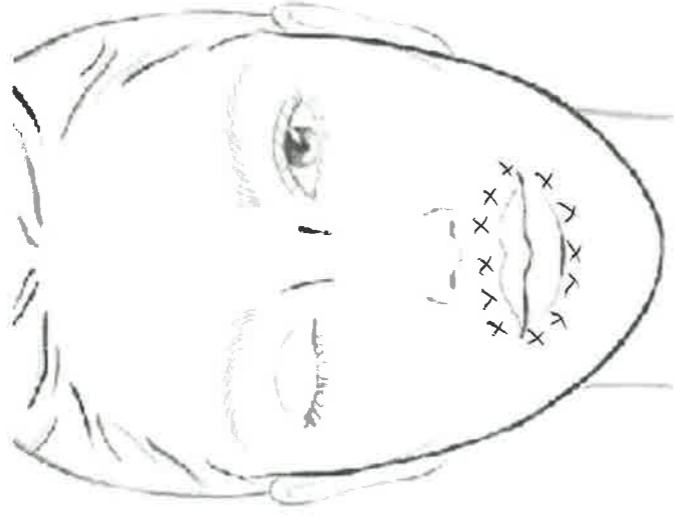
File Number: **988**

Pain Relief given? Yes / No

تاريخ المعالجة:

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	25/9/18	30/11/18	15/1/19			
Treatment Area	Full body	Full body	Full body			
Hair Type	Dark Medium	Dark Medium	Medium			
Mode	DPI FDP	Alex Yag (6/14)	6-8J / 12.5-15			
Fluence	22J	5J-5Hz	7J/5			
Pulse Type			13/23 ms			
GNT Pulse			AVEX			
Passes	2 pass	1 x 50	1			
Starting Time	11:30 AM	1:50 N	1:35 PM			
Finish Time	12:50 N	2:40 N	2:30 PM			
Post-Treatment	Avene post laser					

Therapist Name and Signature: **Reens**



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,207.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001314)

Date:25-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000988 - RULA ALJALELI - 971502167090

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,207.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 25-09-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 300.00 **RECEIPT VOUCHER** No: REC-001315
Date: 25-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000988 - RULA ALJALELI - 971502167090

The sum of Dhs. Three Hundred Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 300.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Paying ADVANCE FOR FULL BODY PLUS PKG LHR

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001746)

Date: 20-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000988 - RULA ALJALELI - 971502167090

The sum of Dhs. **Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **997.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 20-11-2018

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

945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002330)

Date:15-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000988 - RULA ALJALEELI - 971502167090

The sum of Dhs. Nine Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 645.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 300.00

Bank: Cheque No.

Date: 15-01-2019

Being

Made by Ghada

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