



Date: 25/9/2018

File Number: 1000989

Patient Name: Saly Makhou

اسم المريض

Date Of Birth: 18/8/1991 Gender: M / F

Marital Status: Married

Nationality: Lebanon Occupation: Doctor

Address: Darfeh

Phone No. (رقم الهاتف): 0561072466

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

الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No نعم / لا	No
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبّطات للمناعة؟	Yes/No نعم / لا	No
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	No
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No نعم / لا	Sinus surgery
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب عضلة القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No نعم / لا	No
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No نعم / لا	No
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Yes/No نعم / لا	Anemiq
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم / لا	No
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو الأمراض الجنسية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	No
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للبنات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مفتح للحمل؟ هل تتعطين من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No نعم / لا	No
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد، اليرقان، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم / لا	No
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى	Yes/No نعم / لا	No
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	No
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	No
Other conditions MSU, HIV, ...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا السسيط	Yes/No نعم / لا	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 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 بمعالجة حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف 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 الإجراءات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تفويض لتأجيل العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقصود ليه كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية الفحوصات والإجراءات المادية و الجراحية.
- و أؤكد أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالإقياب في القويم أو التورف 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 المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي تفهمي الملف صحياً و تفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان لدى المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و ادي قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و ادي وقعت عليه و كمثل برائتي

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 (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 المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعوي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings زلاحيظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

Treatment Plan خطة العلاج

2/11/2018



HYA Corp Face
BIOSCIENCE GmbH
19073 Dummer, Germany
LOT X16-2118/1
2021-05

Cheek Right
2 PM used
my needs @ phase (ultra) next visit
no issue except one below part of
LF cheek

afternoon reviewed

Dr. MOHAMAD FAYEZ-BADAWI
D59047
Specialist Dermatology

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO

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	Saly,,,Makhoul	IDN:	784199102468388	Mother Name:	Not Defined
Name (Ar)	سلي جرج مخور	Card Number:	079161815	Mother Name (Ar):	تحيه
Title:		Nationality:	LBN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	لبنان		
Issue Date:	11/07/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	29/06/2019	Date of Birth:	18/08/1991	Sponsor Name:	مؤسسه دبي للإعلام
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	03	Residency Number:	20120133133296	Residency Expiry:	29/06/2019
ID Type:	IL	Occupation:	3462	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

9/25/2018

precisely Kindly Answer the following questions

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input checked="" 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"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات دبوب أو جدرة؟ نعم (لا)
Have you Taken Akutan or isotretinone in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم (لا)
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes/ No	هل استخدمت ريتين اي 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 بنتف او كي او إزالة الشعر بالشمع في منة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم (لا)
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No	هل كانت اخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة 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 اي وشمع / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم (لا)
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلاوت أو مشاكل هرمونية؟ نعم (لا)
What products you are using for your skin recently?	ماهي المنتجات التي تستخدمها للبشرتك حاليا؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم (لا)
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل انت 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 مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.

و أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طبقا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إتمام الشعر.

و أتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفتف و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تقبيل التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتف قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية 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 ستلاشي خلال بضع ساعات التي عدة أيام بعد العلاج. نقص الشمس و استئصال المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتحت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة الي المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قرأته لي. و أنني تجاوزت التامة عشر من عمري أو حصلت على موافقة وليي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001316)

Date: 25-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000989 - SALY MAKHOUL - 971561072466

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: 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 500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001317

Date: 25-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000989 - SALY MAKHOUL - 971561072466

The sum of Dhs. **Five Hundred Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **500.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Reing **ADVANCE FOR FULL BODY PKG LHR**

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,680.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001640)

Date:07-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000989 - SALLY MAKHOUL - 971561072466

The sum of Dhs. **One Thousand Six Hundred Eighty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,180.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **500.00**

Bank: Cheque No.

Date: 07-11-2018

Being

Made by  Ghada

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

330.75

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002849)

Date:04-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000989 - SALLY MAKHOUL - 971561072466

The sum of Dhs. Three Hundred Thirty Dirhams and Seventy-Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 330.75 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-03-2019

Being Pro-Facial tratment + VAT 10% DISCOUNT ESAAD

Made by Hiba

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

