

Date: 29/9/2022

File Number: 1001000

Patient Name: Mayada Saidoun

اسم المريض

Date Of Birth: 7. 11. 1989 Gender: (M) / F

Marital Status: (الاجتماعي): Married

Nationality (الجنسية): Lebanese Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): S.h.j

Phone No. (رقم الهاتف): 08.8451151

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

الحالة الطبية	Medical Condition	Yes/No نعم/لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتناول أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		Yes/No نعم/لا	Cipralax
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتناول أيستيرويدات أو مثبّطات للمناعة؟		Yes/No نعم/لا	
Allergies (حساسية)		Yes/No نعم/لا	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		Yes/No نعم/لا	C-section operation
Cardiac surgery/Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حتى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		Yes/No نعم/لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتناول أي مميعات للدم؟		Yes/No نعم/لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا		Yes/No نعم/لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعب، السل، أمراض أخرى		Yes/No نعم/لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض معالجة أو تناسلية؟		Yes/No نعم/لا	
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للإناث: هل أنت حامل؟ هل تتناولين أي مفتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية		Yes/No نعم/لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		Yes/No نعم/لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		Yes/No نعم/لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		Yes/No نعم/لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		Yes/No نعم/لا	
Other conditions (أمراض أخرى؟) HIV, HIV...AIDS فيروس الإيدز، الهزاز البسيط		Yes/No نعم/لا	

### 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 بتاجح حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و  
المؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تنفيذ  
العلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يتكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في  
الآولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفهم الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم  
غيرته المهنية و الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تفهين نتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية  
المقترحة لي، كما أتفهم المخاطر و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي  
المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية الفحوصات و الاجراءات  
الملاحية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تقودني الى مضاعفات  
كالالتهيب أو التقيؤ أو الالام أو الحساسية.

أتفهم 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 التي قدمت لي تفهمي الفهم صحيحة و  
أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون  
موافقتي

أقر ان لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا التصريح قد تم شرحه لي بالكامل و  
انني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و انني وافقت عليه بتمام اراضي

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

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

## Patient Assessment

## Vital Signs الحيوية المؤشرات

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Blood Type (دمية الدم):

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (دمية الضغط): /

Blood Sugar (دمية السكر):

## Chief Complaint شكاية المريض لزيارة العيادة

## Disease History التاريخ المرضي:

## Allergies الحساسية

## Medications الأدوية

## Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ائال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكول) : Y / N

Drugs (أدوية): 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

.....







precisely Kindly Answer the following questions \*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة

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 checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> خادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدر؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes/ No	هل ظهر لديك حلا البسيط أو ببؤ أو تورحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الكويتان/ الايسوتريتينين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquemon on Site?Yes/ No	هل استخدمت ريتين اي او منتجات حمض الجليكوليك او الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes/ No	هل قمت بتفك او كي او ازالة الشعر بالشمع في منة العلاج خلال ال 6 اسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No	متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة او 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 وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات او 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 اجريت اي عملية ازالة 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 للياقة؟ 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 لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتقدم.

و أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتمثل قدرتها على انماء الشعر. و أتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لازالة الشعر كالحقن و التفت و الكريمات و ازالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اختارت ازالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تفهيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 اسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تقادي ازالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 اسابيع على الاقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و المساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الكويتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.
- أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.
- الأعراض الجانبية

قد تتضمن الاعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الاعراض الجانبية ستلافي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. تقص أو زيادة التصيغات ليست بالأمر الشائع و لا تدم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

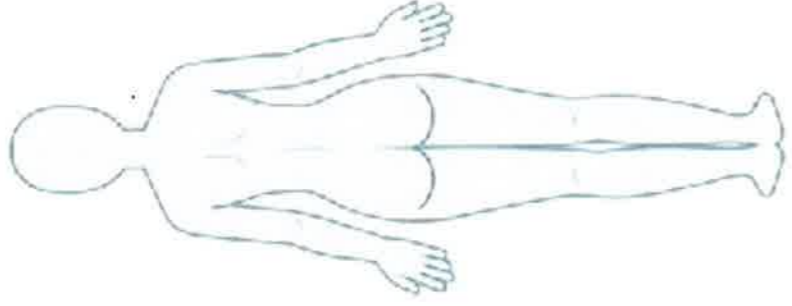
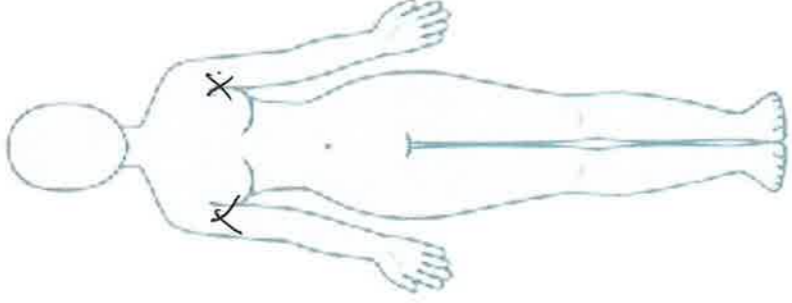
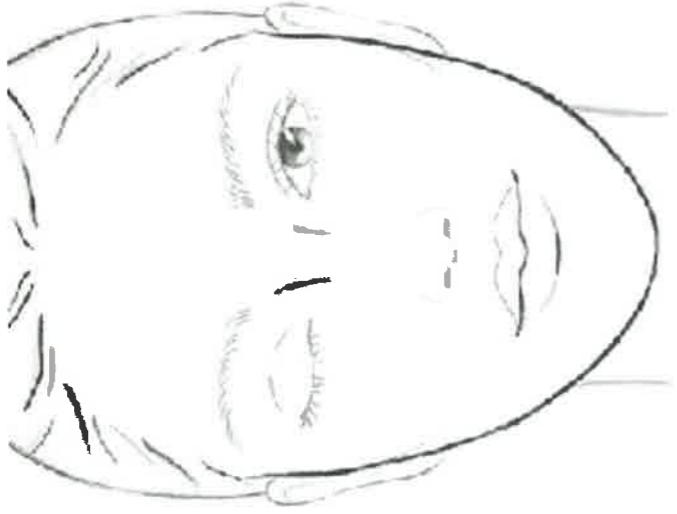
أقر أنه قد أتفقت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة الي المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الإسم و التوقيع  
Hajaba

التاريخ

30/9/2018

Patient's Name: Mayada Sardaoua اسم المريض: ميادة  
 File Number: 100100 رقم الملف: 100100  
 Pain Relief given? Yes / No ..... تخفيف الألم؟ نعم / لا .....  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No ..... تكمين وتوقيع نموذج التقييم؟ نعم / لا .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	30/9/18	24/10/18				
Treatment Area	Under arm axilla					
Hair Type	Thick Dark	Thick Dark				
Mode	DPI	DPI				
Fluence	14J	16J				
Pulse Type	SHORT	SHORT				
CMT Pulse						
Passes	2 pass	2 pass				
Starting Time	8:45	7:45pm				
Finish Time	9:pm	8pm				
Post Treatment	Mebo	ddused				

Therapist Name and Signature ..... Beeva

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  
 Photogrphy False  
 Home Address False  
 Work Address False

**Card Holder Information**

Name	Mayada Mustapha, Saaydoun	IDN:	784198979190356	Mother Name:	
Name (Ar)	مياده مصطفى, مصطفى	Card Number:	080140847	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	LBN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	لبنان		
Issue Date:	26/09/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	19/09/2018	Date of Birth:	07/01/1989	Sponsor Name:	مصطفى محمد خير سعيدون
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	05538047
Residency Type:	03	Residency Number:	30120033022346	Residency Expiry:	19/09/2018
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

9/30/2018





مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001340)

Date:30-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001000 - MAYADA SAAYDOUN - 971508451151

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **105.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:                      Cheque No.

Date: **30-09-2018**

Being

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 أوركيڤد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001513)

Date: 24-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001000 - MAYADA SAAYDOUN - 971508451151

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **105.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:                      Cheque No.

Date: **24-10-2018**

Being

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

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001784)

Date:24-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001000 - MAYADA SAAYDOUN - 971508451151

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 105.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-11-2018

Being

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)