



Date: 1/10/2018

Patient Name: Zeina Osman

File Number: 1001001

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1/7/1967 Gender (الجنس): M / (F)

إسم المريض:

Nationality (الجنسية): LBN Occupation (الوظيفة):

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0553908611

How did you know about us:

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 دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		X
Corticosteroids/immunosuppressant هل تتناول أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟		X
Allergies هل لديك أي حساسية؟		Amoxiclavine Spiramif
Surgical Operations, Serious illness هل أجرت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		Lipo and Breast any medication
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزمية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		X
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants خلل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التخثر أو تتناول أي مميعات للدم؟		X
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا		X
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		X
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو جنسية؟		X
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للستريبات: هل أنت حامل؟ هل تتناولين أي علاج للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية		X
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		X
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى		X
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		X
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		X
Other conditions HIV, HTV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحماق النطاقي...إلخ		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 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

- ترافق و أسمع الطبيب بطاح حائقي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و التوافق.
- أفهم ان بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تربيتي بالعلاج الأفضل والعقدمة الأفضل.
- أفهم انه من الممكن أن يتكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما تكلمني الفحص الأولي 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 خبرته المهنية و الطبية.
- أقر انه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تفهين نتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو الجراحية المتخذة لي، كما أفهم الخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحة للفوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و امرت ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تقوي لي مضاعفات كالإنتهاب أو التقيؤ أو الألام أو الحساسية
- أفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي بعضها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم الطبية يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أفهم ان كافة العمليات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي تفهني العلف صحيحة و أفهم ان أي ملاحظات تتعلق بطاقتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون عرائفتي
- أفهم ان نصي الطبيات المتعلقة بتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بحسن اراضي

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

تاريخ: ... / ... /

File No:

Date: / /

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 Complaints سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسيات

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization

عمليات سابقة ، أفعال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings
البيانات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan علاج خطة

Doctor's Signature and Stamp

.....



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة 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 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 Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدرية؟ 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 الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes/ No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الهيدروكليك أو الهيدروكينون 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 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately?	متى كانت آخر 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 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 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 / / 2018

أقر أنا أنني أوريكيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوريكيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.
أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد 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 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 لإزالة الشعر كالتفك و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكسي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.
أقر بأنني قد عقيت التعليمات التالية:

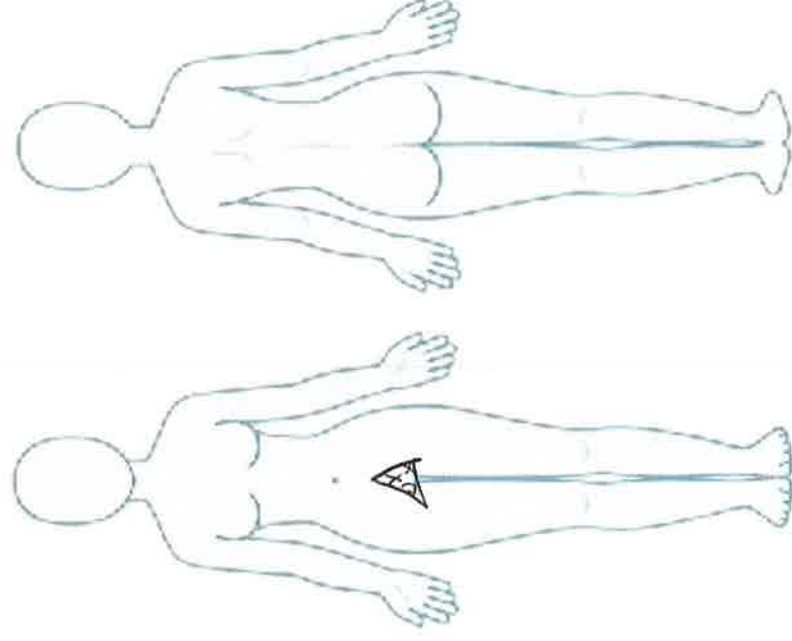
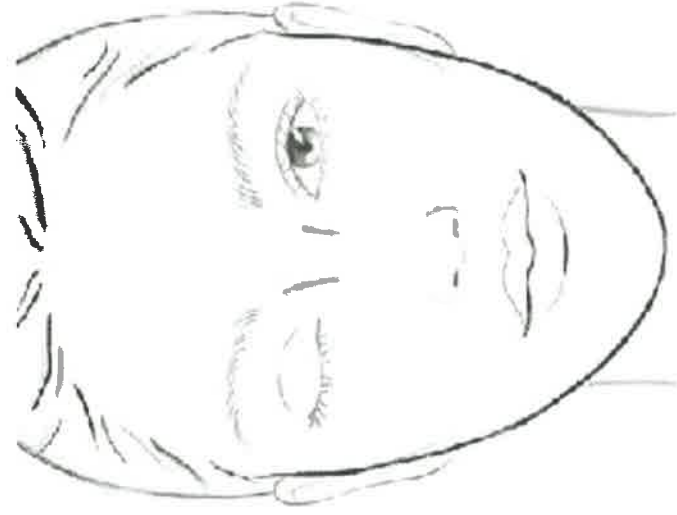
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسيات و نوع البشرة
- 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 الحروق، و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات، و هذه الأعراض الجانبية ستلاشى خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
أقر أنه قد أتحت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي، و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري، أو حصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ

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	2/10/18					
Treatment Area	Bikini-front					
Hair Type	Dark - Medius					
Mode	FDP					
Fluence	6J					
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes						
Starting Time	11:40 N					
Finish Time	12 N					
Post Treatment						

Therapist Name and Signature *Beena*

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	Zeina,,,Osman	IDN:	784196716549199	Mother Name:	
Name (Ar)	زينه احمد عثمان	Card Number:	080601287	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	LBN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	لبنان		
Issue Date:	26/10/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	23/10/2018	Date of Birth:	11/07/1967	Sponsor Name:	عماد حسين مرعي
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	09673033
Residency Type:	03	Residency Number:	40120063006093	Residency Expiry:	23/10/2018
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

10/1/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001344)

Date:02-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001001 - ZEINA OSMAN - 971553908611

The sum of Dhs. Two Hundred Sixty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 262.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 02-10-2018

Being

Made by Ghada

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