



Date: 16/1/2018

Patient Name: Maitha Jamal Al yassi

File Number: 1001003

Date Of Birth: 16/1/2002 Gender: M / (F)

اسم المريض:

Nationality: M.S.A.E Occupation: Sharjah

Marital Status: (الجماع):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0501010473

How did you know about us: Friend

الحالة الطبية / Medical Condition	Yes/No نعم / لا	if 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment كل تناول أي دوية أو تلقي أي علاجات حديثة	Yes/No نعم / لا	✓
Corticosteroids/Immunosuppressant كل تناول أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة	Yes/No نعم / لا	✓
Allergies كل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	✓
Surgical Operations, Serious illness كل اجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	Yes/No نعم / لا	✓
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حتى زرع صمام قلب صناعي، امراض القلب	Yes/No نعم / لا	✓
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants كل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تناول أي مميعات للدم	Yes/No نعم / لا	✓
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) /نيميا (فقر الدم)	Yes/No نعم / لا	✓
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، انسل، امراض اخرى	Yes/No نعم / لا	✓
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض جنسية أو قنصلية؟	Yes/No نعم / لا	✓
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للستينات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطي أي منتج للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No نعم / لا	✓
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	Yes/No نعم / لا	✓
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	Yes/No نعم / لا	✓
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	✓
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	✓
Other conditions HIV...etc هل تعاني من أي امراض أخرى؟ فيروس الايدز، فيروس 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 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.

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بتاجح حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و
أقر اني قد تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و
أقر ان بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تروبي
بالتاجح الاطير و الخدمة الافضل.
- أقر ان من الممكن ان يتكثف الطبيب خلال التاجح امورا مختلفة عن ما ذكر في القاص
الاولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها .
- أقر ان الطبيب المتاجح باتخاذ كل الإجراءات الطبية و التاجحات اللازمة و المطلوبة بحكم
غيره الصحية و الطبية.
- أقر اني قد تم شرح لي ضمانات او تفهيم نتائج التاجحات و الإجراءات الطبية أو التاجحية
الليقمة لي، كما اتعم الخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي
المرضية.
- أقر اني قد تم شرح لي جميع مضاعفات التي قد تكون مصاحبة للقصاصات و الاجراءات
الجراحية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و التاجحية و الجراحية قد تقري لي مضاعفات
كالالتياح أو التوريم أو الالام أو الحساسية
- أقر ان هناك رسوم بالحد الذي يجب علي دفعها مقابل الخدمة الجراحية و ان جميع
الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل التتياه من التاجح.
- أقر ان كافة العمليات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدته لي قد تم شرحي اليك صحبة و
أقر ان ابي مطليات تطلق بحالتي الصحية ستركي سوية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون
مراقبتي
- أقر ان ابي مطليات اكتابة تقديم هذا الاقرار و ان هذا التوضيح قد تم شرحه لي بالكامل و
انني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و انني وقعت عليه بخاتمي الشخصي

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



Date: ... / ... / ...

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 (معدل الدم): /

Blood Type (مجموعة 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 ، أمحال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعوي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Testament Paper

Testator's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMI

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Martha,Jamal,Abdalla,Mohamed,Al Yassi	IDN:	784200287374837	Mother Name:	Alhamr Habib
Name (Ar)	ميثاء جمال عبد الله محمد الياسي	Card Number:	068239717	Mother Name (Ar):	الهام حبيب
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	301016886
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	21/04/2014	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	21/04/2019	Date of Birth:	05/06/2002	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	99

Photo



Signature Image

No signature / إمضاء / بدون

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

10/2/2018



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 type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	ما هي الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار <input checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا بسيط 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 الاكوتان/ الايسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinon on Site? Yes/ No	هل استخدمت ريتين أي 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 بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No	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 وشوم / 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 أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل أنت 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.

أقر أنا بحسن اختيارى
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المشع.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قريبا على إنهاء الشعر. وأفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة والشعر والالتزام المرضي بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك والكريمات وإزالة الشعر بالشع و الكي وإني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشع أو التفك قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات والمساحية ونوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
أفهم 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، ومن الممكن حدوث بعض التورم والتشققات، وهذه الأعراض الجانبية ستلتشى خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص وزيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدوم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقيّة من الشمس.

أقر أنه قد أتحت لي الفرصة لاستفسار وتوجيه الأسئلة الى المعالج المختص وأني 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 بلوغى السن القانوني.

الاسم و التوقيع
التاريخ / /



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001347)

Date:02-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001003 - MAITHA AL YASSI - 971501010473

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: **02-10-2018**

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

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001700)

Date:13-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001003 - MAITHA AL YASSI - 971501010473

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: 13-11-2018

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

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002694)

Date:19-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001003 - MAITHA AL YASSI - 971501010473

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: 19-02-2019

Being **UNDER ARMS + vat**Made by **Hiba**

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