



Date: 2019/09/20

Patient Name: Adnan AL Ali

File Number: 1001004

Date Of Birth: 27/6/1993 Gender: M / F

إسم المريض

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: (الجنسية) U.a.e Occupation: (الوظيفة)

Adnan Masaid

Address: (العنوان) Sharjah

Phone No: (رقم الهاتف) 52 30 0 2 263

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

Medical Condition	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتناول أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No لا/نعم	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتناول أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No لا/نعم	
Allergies (فقر الدم، لوكيميا) هل لديك أي حساسية؟	Yes/No لا/نعم	
Surgical Operations, Serious illness هل أجرت 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، حتى روماتويد، التهاب عضلة القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No لا/نعم	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف، أو تتناول أي مميعات لدم؟	Yes/No لا/نعم	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا نعم	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 جنسية أو تناسلية؟	Yes/No لا/نعم	
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للستريعات: هل أنت حامل؟ هل تتناولين أي موانع للحمل؟ هل تعاني 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 معوية، 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 (مثل أمراض أخرى؟ HIV, HIV ... etc فيروس الإيدز، فيروس الحماق البسيط ... etc)	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 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.

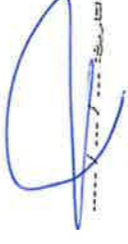
patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بمعالجة حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويض العلاج الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفهم الطبيب المعالج واتخاذ 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 المقدمة لي، كما أفهم الخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية الفحوصات و الاجراءات المادية و الجراحية.
- و اترك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تقري الي مضاعفات كالالتعب أو التورم أو الالتهاب أو الألم أو الحساسية.
- أفهم أن معاك رسوم بالحد الذي يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم الطبية يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العاكة.
- أقر أن كافة العمليات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي تفهني العالف صحيحة و أفهم ان اي عمليات تطاق بحالتي المرضية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون مراقبتي
- أقر ان باقي العمليات الكاملة لتقديم هذا الاجراء و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله و الاخطار و ادي وقعت علي بكامل اراضي

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



File No:

Date: / /

Patient Assessment

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg

Pulse (النبض): ppm

Height (الطول): cm

Blood Pressure (ضغط الدم): /

Blood Type (فصيلة الدم):

Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للحياة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، أفعال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تخاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings ملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan علاج

26-12-2018

Cicatricial acne
never treated

→ top. work for Roa.
start Roa as

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI
D50047
Specialist Dermatology

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT
2/10/2018	LHR. Beard line 10J BURST.	200
3/1/18	LHR BEARD LINES + NECK	200
14/1/18	LHR BEARD LINE + NECK	Free

Dr. GOLANSE, GOLANSE, KOVANOVIC
 Specialist, Plastic Surgeons
 Lic. No. 12729
 Medical Center: V220
 Orchard Medical Center
 11 11 11 11 11

United Arab Emirates
دولة الإمارات العربية المتحدة

بطاقة هوية
Identity Card

رمم الهوية / ID Number
784-1993-7980386-3

الإسم: عدنان أحمد محمد سليمان آل عطي

Name: Adnan Ahmed Mohamed Sulaiman
Al Ali

الجنسية: الإمارات العربية المتحدة
Nationality: United Arab Emirates





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

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 checked="" type="checkbox"/> نادرة الاحترق , 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 الأكيوتان/ الأيسوتريونين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydrocquenon 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 بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطة 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 بحمامة تسمين؟
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمين البشرة ؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك أي وشموم / 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 ليحرقك 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 لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور. وأنظهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين ينج امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إنداء الشعر. وأنظهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإذني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك والتفك والكريمات وإزالة الشعر بالشمع و الكي و إذني اختبرت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالشمع أو استخدام مستحضرات التسمين لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشموم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست اشهر الماضية أو اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
أنظهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه 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 ستتلاشى خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و يوضح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

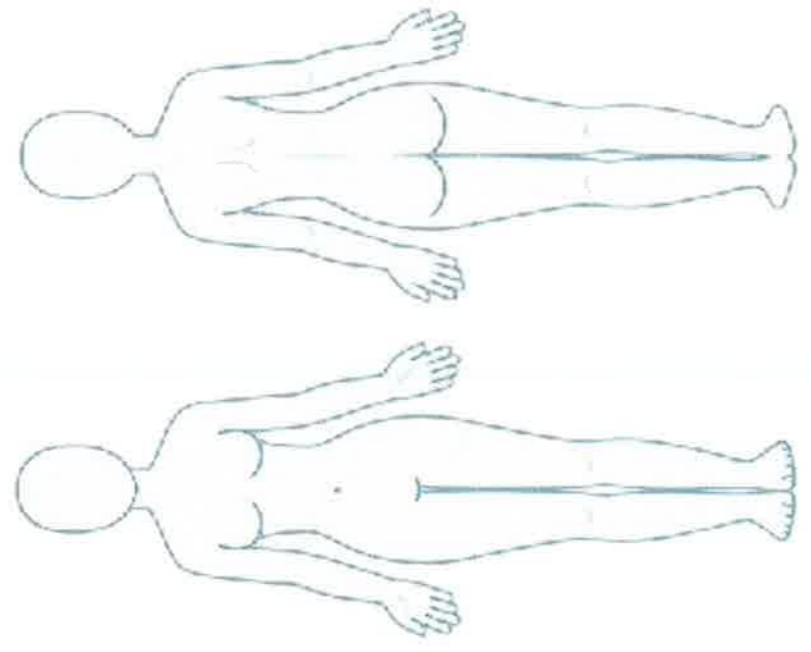
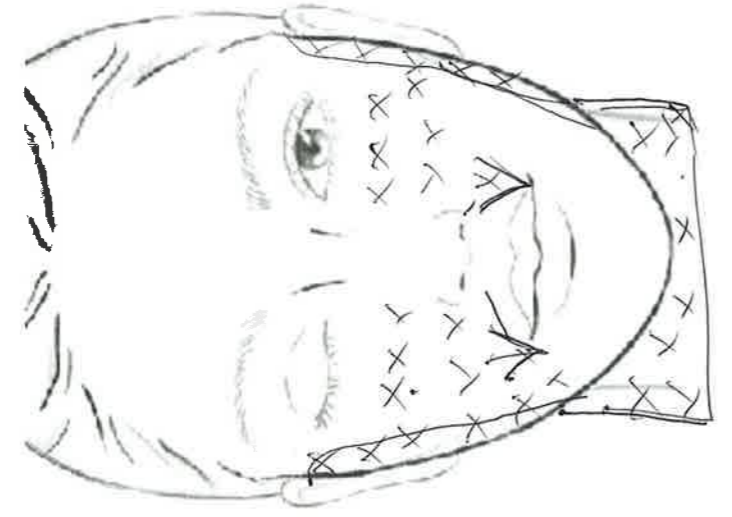
أقر أنه قد أتيتك لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الي المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري او حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلغي السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ
2018/1/1

Patient's Name: **ADNAN A.H.** اسم المريض:
 File Number: رقم الملف:
 Pain Relief given? Yes / No Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No

#1001004



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	2/10/18	3/11/18	24/12/18			
Treatment Area	Beard line	SAME	same			
Hair Type	Dark, coarse	DARK, COARSE	DARK THICK			
Mode	12J BURST	12J/2 BURST	NDYAG 10spot			
Fluence			20 J/20MS			
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	2 pass	2				
Starting Time	5.50 PM	10:40 AM				
Finish Time	6.10 PM	11 AM				
Post Treatment		RUADIN	Beet			
		KESSE				

Therapist Name and Signature **Beena**



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001348)

Date:02-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001004 - ADNAN AL ALI - 971523002263

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / 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 أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001578)

Date:03-11-2018


Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001004 - ADNAN AL ALI - 971523002263

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **210.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 03-11-2018

Being

Made by  Ghaeda

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002048)

Date:24-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001004 - ADNAN AL ALI - 971523002263

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 210.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-12-2018

Being

Made by Ghada 

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002084)

Date:26-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001004 - ADNAN AL ALI - 971523002263

The sum of Dhs. Two Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 200.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 26-12-2018

Being

Made by Ghada

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