



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

File No: 1001033

Date: 10/10/2018

Date: 10/10/2018
Patient Name: Aya L. Kuniy
File Number: 1001033

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 20/6/2000 Gender (الجنس): M / F
اسم المريض:

Nationality (الجنسية): M.A.G
Marital Status (الحالة الاجتماعية): S.T.U.D.Y
الوظيفة (الوظيفة):

Address (العنوان): A. Khan
Phone No. (رقم الهاتف): 0504676760

E-MAIL:

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
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 تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثاً؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي امراض؟	No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاليت أي مميحات للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حمله؟ هل تتعاطين اي ممانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions HIV...etc هل تعاليت من أي امراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	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 أسمع الطبيب بطرح حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و الموافقة،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل 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 العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعيين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقبلة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أمرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم يتحدد الأذى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدتمه لدي قد تم فحصي للملف صحيفته و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الإفلاخ عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت علي بأكمل ارادتي

توقيع المريض / ولي الأمر (عني هم دون القانونية):



التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs			
الوزن (Kg):	Kg	الطول (الارتفاع):	cm
النبض (Pulse):	ppm	ضغط الدم (Blood Pressure):	/
			نوع الدم (Blood Type):
			سكر الدم (Blood Sugar):

سبب زيارة المريض للمعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة ، جراحات للمستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (Smoking): Y / N

الكحول (Alcohol): Y / N

أدوية تعاقب (Drugs): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

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 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"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدر؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو قرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
Have you Taken Akutan or isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinon on Site? Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو ستينات حمض الجليكوليك أو الهاليدوكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
Did you get exposed to sun or got tanned lately?	هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت جلستة تسمير؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
What products you are using for your skin recently?	ماهي المنتجات التي تستخدمها للبشرة حاليا؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>

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 تقديمي الى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور. وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إتمام الشعر. وأتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني علم على كامل كافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحقن و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إني 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 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 الكامل 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 الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

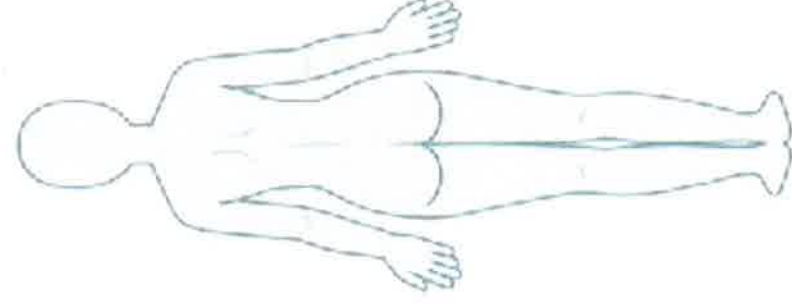
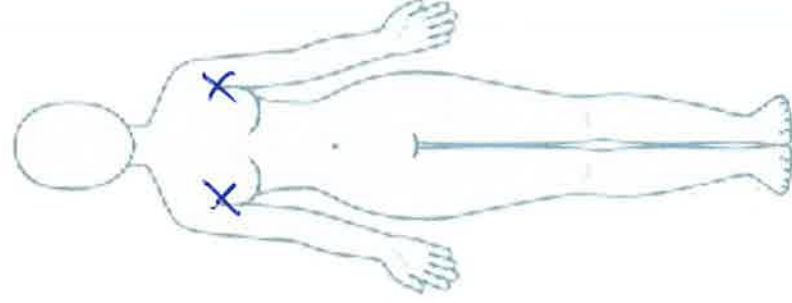
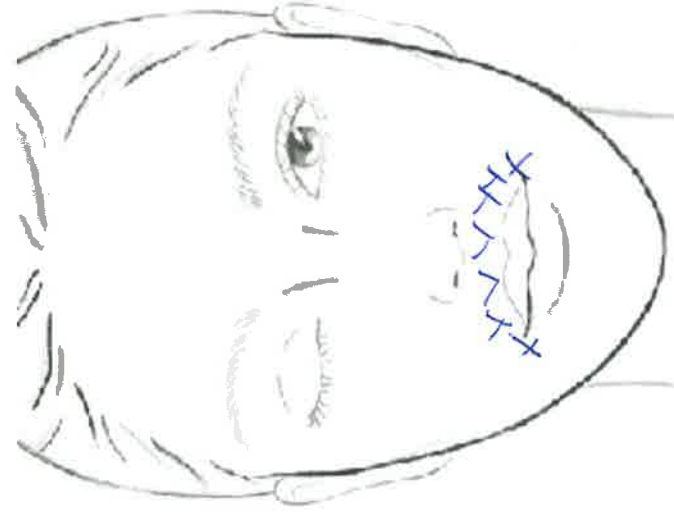
أقر أنه قد أتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المتخصص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قرأته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلغي السن القانونية.

الإسم و التوقيع

التاريخ

.../.../18

Patient's Name: **AYA** **إسم المريض**
 File Number: **رقم الملف**
 Pain Relief given? Yes / No **1001033**
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	10/10/18	7/11/18	9/12/18	10/11/18	4/2/19	4/13/19
Treatment Area	UPPER LIP	U-LIP + UNDERARM	U-LIP + UNDERARM	U-LIP + UNDERARM	U-L + AXILLA	C-L + AXILLA
Hair Type	COARSE, DARK	WIKINI	MEDIUM	MEDIUM	MED/DARK	SOFT/DARK
Mode	DP1	MEDIUM	APEX	APEX	ALEY	ALEY
Fluence	18J/cm ²	20J/cm ² / 5J/cm ² - 15	7J/cm ² / 15	10J / 15-15	8J / 13ms 5ms	8/10
Pulse Type	SHORT					
CNT Pulse				SPOT: 10	SPOT: 20	1
Passes	2	2, 1	1	1	1	1
Starting Time	6:40 PM		4:15 PM	1 PM	6:15	3:30 PM
Finish Time	6:50 PM		4:30 PM	1:10 PM	6:30 PM	3:40 PM
Post Treatment		FULLY ON				

Therapist Name and Signature **BESSIE PAINE**



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001417)

Date:10-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001033 - AYA LUIY - 971504676760

The sum of Dhs. **Fifty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **52.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 10-10-2018

Being

Made by **Ghada**

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



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001637)

Date:07-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001033 - AYA LUJY - 971504676760

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **157.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

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 أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001927)

Date:09-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001033 - AYA LUJIY - 971504676760

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **157.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 09-12-2018

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-002275)

Date:10-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001033 - AYA LUJY - 971504676760

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: 10-01-2019

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

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002534)

Date:04-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001033 - AYA LUYI - 971504676760

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: **04-02-2019**

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-002843)

Date:04-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001033 - AYA LUYI - 971504676760

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: **04-03-2019**Being **UNDER ARM + UPPER LIP**Made by **Rana**

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