



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1001063

Date: 20/10/2018

Patient Name: Masha'el Abakulla ALi

Date Of Birth: 13/2/1993

Nationality: U.A.E. Gender: M / F

Address: U.A.E. Occupation: (الوظيفة):

E-Mail: masha'el.abakulla@gmail.com

Date: 20/10/2018

File Number: 60/063

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Phone No. (رقم الهاتف): 055 334 7746

How did you know about us: Snapchat

التاريخ الطبي Medical History

الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم/لا	If 'YES', give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drug/medical treatment هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	NO	
Corticosteroids/immunosuppressant هل تعاطى أي مثبّلات المناعة؟	NO	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	NO	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تلقيت من أي أمراض؟	NO	علاج ليزر بطلاشم
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	NO	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	NO	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، Loukemia انيميا (نقر الدم)، لوكميا	NO	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	NO	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	NO	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تعاطين أي ممانع للحمل؟ هل تعطين من مضائل في الممررة الشهرية؟	NO	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى	NO	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	NO	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	NO	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	NO	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HIV, HCV, etc	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.

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل
- تعلم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل توفيري بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- تعلم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في القمص الأزلي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و المادجات اللازمة و المألوية بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تامين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجريبية المتبعة لي. كما أقوم بالخطار و المخاضات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أقوم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة القصورات و الإجراءات المادية و الجراحية.
- و امرلك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التوريم أو التوريف أو الألم أو الحساسية
- تعلم أن هناك رسوم يحدد الأئتمس يجب علي دفعها مقابل الخدمة الخارجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي قمضي الملف صحيحة و أقوم أن أي معلومات تتناقض بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الإفلاخ عليها دون مراقبتي
- أقر أن لدي المعلومات الكافئة لتقديم هذا الأقرار و أن هذا التوقيع قد تم شرحه لي بالكامل و أدى قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني رقت عليه بكامل ارايدي

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

Date: ... / ... /

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



التاريخ: ... / ... /

لأقوال الحوية Vital Signs

Weight (الوزن): 61 Kg	Height (الطول): 161 cm	Blood Type (نصبة الدم): A +
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (ضغط الدم): /	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زفرة المريض العيلة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحصاسية Allergies

الأوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات شلابة . احوال المستشفى

Smoking (التفخين): Y / N

Alcohol (الكول): Y / N

Drugs (تطلي العاقين): Y / N

اللاحوطات 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

.....

إقرار العلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز ليزر ال Q-Switch أقرا أنا حسين عبد الله علي بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لاجراء العلاج باستخدام

التقشير الكريولي باستخدام لوشن الكريولي يقعه التقشير بالليزر هو احد الاستطبات لإعادة نضرة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه، والندوب الصغرى (البقع

حصراء والبقية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، احمرار الجلد، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي يخ الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معصمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكريول، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بالإضافة لوشن الكريول مما يستهدف الاصباغ الأكثر عمقا شائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإنتهاء. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 شهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصغرى.

تشقير الشعر.

إزالة فطريات الاصافر(الوضع A)

بير إزالة الكلف (الوضع M)

ضخاتك الإستعمال للعلاج يتضمن:

تداول عطر الأيسوترينينون (الأكوتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

الحمل والرضاعة.

الامراض الجلدية والالتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

مشاكل في الجهاز المناعي.

الإصابة بالإيدز و التهاب الكبد الوبائي.

ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

. البهاق.

تعلم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوة ان تتحقق بعد الجلسة الاولى، ولا يتضمن الطبيب رضاي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

قد تم الشرح لي عن الحاجة الى انهاء خطة العلاج، و انا اعلم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي للليزر وتطبيقي التعليمات ما قبل وما بعد العلاج. وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والحماية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

لثم ان كما هناك منافع لاجراء المطلوب، اعلم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/الانتعاش، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

تعلم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت، تأثيرات مشابهة لتأثيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة ايام فقط. تغيرات صبغية (بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكة، ألم، كدمات، التهاب، تورب او انتفاخ.

شعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج . وعلى ايضا ابتداء عيادي مطلقا أثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة قمل ومضاعفات تخدير.

د تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة، وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتني وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التوقيع:

التاريخ:

20/10/2018

م المريض/ولي امر المريض:

حسين عبد الله علي

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

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	Mashaeh,Abdulla,Al-Bin	IDN:	784199327206050	Mother Name:	
Name (Ar)	مشاعل,عبدالله,عبيد بن صرم آل عبي	Card Number:	087922606	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	501001662
Issue Date:	28/02/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	28/02/2028	Date of Birth:	13/02/1993	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

10/20/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001484)

Date:20-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001063 - MASHAEL AL ALI - 971557747746

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 315.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 20-10-2018

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

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001586)

Date:03-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001063 - MASHAEL AL ALI - 971557747746

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 315.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: / Cheque No.

Date: 03-11-2018

Being

Made by

Ghade

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 47.25

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001590

Date: 03-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001063 - MASHAEL AL ALI - 971557747746**The sum of Dhs. **Fourty Seven and Two Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **47.25 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____ Cheque No. _____ Date: _____

Being **ADVANCE FOR CARBON PEELING SESSION**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

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001719)

Date:17-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001063 - MASHAEL AL ALI - 971557747746

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 267.75 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 47.25

Bank: Cheque No.

Date: 17-11-2018

Being

Made by Ghada

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