



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1001065

Date: 21/10/2018  
Patient Name: Shuaib Abdullahi Ali  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 21/3/2002 Gender (الجنس): M (F)  
Nationality (الجنسية): Iraqi  
Address (العنوان): ...  
E-Mail: Shuaib.Ali@orchidmedicalcenter.com  
Date: 20/10/2018  
File Number: 1001065  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single  
Phone No. (رقم الهاتف): 0567778937  
How did you know about us: Ady

Medical Condition / الحالة الطبية	Yes/No / نعم / لا	If "Yes", give details / إذا كانت الإجابة نعم فذكر بالتفصيل
Recent or current drug/medical treatment هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	No	
Corticosteroids/immunosuppressant هل تعاطى أي مثبّطات المناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تلقيت من أي أمراض؟	No	
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 تعاطى أي مميعات الدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (نقص الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تعاطيت أي مفتح الحمل؟ هل تعاطيت من مضاد في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أو أي 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 تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions هل تعاطى من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحماق النطاقي etc HSV, HIV...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.

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 المعوله
- أتفهم ان بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الافضل.
- أتفهم انه من الممكن ان يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في القمص 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 الطبيه.
- أقر انه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين نتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقصية لي. كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية للخصوصيات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التوريم أو النزيف أو الأثر أو المصاسية
- أتفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و ان جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر ان كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدته لي تفصي الملف صحيفي و اتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي المرضية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الإفلاخ عليها دون مرافقتي
- أقر ان لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و احي قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

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

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

للمؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ائحال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (أدوية) : Y / N

General & Clinical Findings  
ملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....





## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز ليزر ال Q-Switch أقرا أنا شروق عبدالله علي بن صهم بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

التقشير الكريوني باستخدام لوشن الكريونو يقيعه التقشير بالليزر هو أحد الإستراتيجيات لإعادة نضارة البشرة و علاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها المرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي نبع الحبوب، توسيع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف القشر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات مضمهم فترة زمنية من 2-4 أسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكريون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بالإضافة لوشن الكريون مما يستهدف الأصبغ الأكثر عمقا شائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم ب3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصغية.

تقشير الشعر.

إزالة طفرات الاضافر (الوضع A)

ببر إزالة الكلف (الوضع M)

ضادات الإستئصال للعلاج يخضن:

تلوّل عقار الأيسوترتينوين (الأكوتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

الحمل والرضاعة.

الأمراض الجلدية والإتهابت و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

مشاكل في الجهاز المناعي.

الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي.

ضعف الشفاء(تكون الندوب الجارية)

البهاق.

تفهم تماما أن النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وأن النتيجة المرجحة أن تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضائي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

قد تم الشرح لي عن الحاجة الى إنهاء خطة العلاج. و انا تفهم أن النتائج قد تختلف بالظنر الى استجابتي للليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج. وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي عُرضت لي بالكامل.

تفهم ان كما هناك منافع للإجراء المطلوب، اتفهم ان الإجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تأخر في فترة الشفاء/ الاقتمام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

تفهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتضمن التالي : استمرار مؤقت، تأثيرات مشابهة لتأثيرات حروق الشمس التي تسفر 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 ندوب او انتفاخ.

شمة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج . و علي ايضا ابقاء عيني مغلقتان أثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات تخدير.

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

م المريض/ولي امر المريض: شروق عبدالله علي بن صهم

التاريخ: 20/10/2018 التوقيع: شروق عبدالله علي بن صهم

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMi

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	Shouq,Abdulla,Al.,Bin Sarm Al-Ali	IDN:	784200236814370	Mother Name:	
Name (Ar)	شوق عبد الله علي بن صرم آل علي	Card Number:	088166990	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	501001662
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	15/03/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	15/03/2028	Date of Birth:	21/03/2002	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	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-001485)

Date:20-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001065 - SHOQA AL ALI - 971567775937

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 SARA

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001583)

Date:03-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001065 - SHOAAQ AL ALI - 971567775937

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  Ghada

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001721)

Date:17-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001065 - SHOQAQ AL ALI - 971567775937

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Filis 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: 17-11-2018

Being

Made by Ghada

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