

File No: 100/1070

Date: 21/10/2018

Date: 21/10/2018

File Number: 10070

Patient Name: Hoda Samir

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1/8/1981 Gender (الجنس): M (F)

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Egypt Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Shafiqah

Phone No. (رقم الهاتف): 550936200

E-MAIL:

How did you know about us: Google

التاريخ الطبي Medical History		Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition			
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟		لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبّطات للمناعة؟		لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟		لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التثقب أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا		لا	
Chest disease, Asthima, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى		لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مفتح الحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟		لا	
Other conditions هل تعاليت من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الحلاّ البسيط		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 إقرار طبي

- أوافق و أسمع الطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تشيخي و
بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يتكشف الطبيب خلال العلاج نوعاً مختلفاً عن ما ذكر في القصة
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 أن لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجهيلية
التي قد تقوم بها. كما أفهم الإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي
المرضية.
- أفهم تماماً كافة الإخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة الفحوصات والإجراءات
العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات
كالتهاب أو التورم أو الألم أو الحساسية
- أفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي فعلياً مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع
الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل انتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي قد تم تلقي الملف صحياً و
أفهم أن أي معلومات تتناقض بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفصاح عليها دون
موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و
أني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بأكمل ارادتي

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

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



Date: ... / ... /

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

للمؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (البروز): Weight (kg)	Kg	الطول (السم): Height (cm)	cm	نوع الدم (دمية الدم): Blood Type	
النبض (النبض): Pulse (ppm)	ppm	الضغط الدم (الضغط الدم): Blood Pressure	/	السكر الدم (السكر الدم): Blood Sugar	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

الجراحات السابقة، دخول المستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (التدخين): Y / N
Smoking

التدخين الكحول (الكحول): Y / N
Alcohol

الادوية (الادوية): Y / N
Drugs

الملاحظات العامة والسورية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

13-1-2019

One filler in chin
0.5 Hyaluronidase in under eye



16-1-2019

One Hyaluronidase and one
with eye



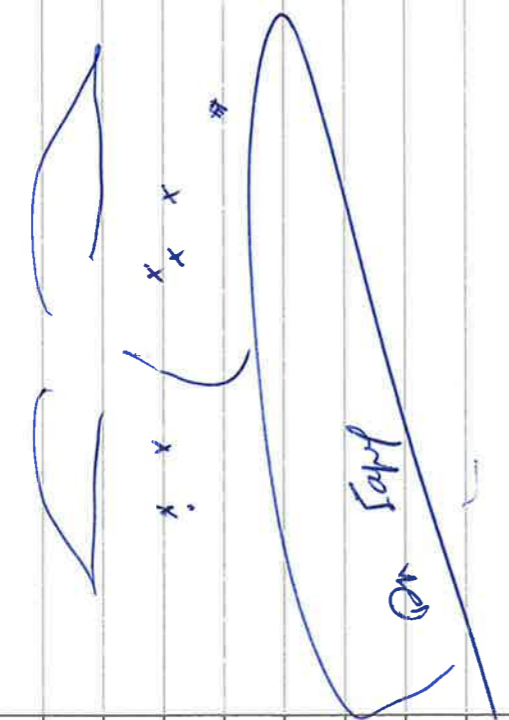
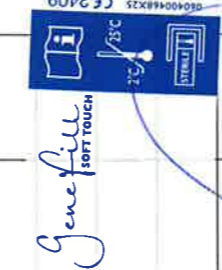


Doctor's Signature and Stamp

23-1-19

0.1 ml Hyaluronidase
0.1 ml Hyaluronidase in corner

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
21/10/18	VOLIFT w Lido LOT: V17LA70586 EXP: 2019.08 1x1.0ml touch up in Cheek <i>opt not used</i>	1200	φ	
19/11/18	 Lip KHR LH, CLARMS, BIKINI FULL.	550		<i>nee</i>
27-1-2018	LOT F1-2617/1 2020-06 Applied used in forehead			  
30/1/19	KHR NOSTRIL (FREE OF CHARGE)			

Treatment Plan خطة العلاج

900

10-2-19

Optic filler
in cheeks



Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI
D50047
Specialist Dermatology

7/4/2019

Touch up

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQXO

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	Hoda,Samir,Mahfouz,,Mostafa	IDN:	784198105316248	Mother Name:	
Name (Ar)	هدى سامير محفوز مصطفى	Card Number:	084450423	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	18/07/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	07/07/2019	Date of Birth:	11/08/1981	Sponsor Name:	مؤسسة الموز القارية
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120062158559	Residency Expiry:	07/07/2019
ID Type:	IL	Occupation:	4115	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

10/21/2018



يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بشكل دقيق Kindly Answer the following Questions Precisely

Are you pregnant or breast feeding? Yes / No	هل أنت حامل أو تقيين بإرضاع حاليا؟ نعم / لا	X
Do you have a history of allergy or anaphylaxis? Yes / No	هل لديك اي حساسية؟ نعم / لا	X
Are you currently receiving any Medical Treatment? Yes / No	هل تتلقى اي علاجات حاليا؟ نعم / لا	X
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....	
Have you previously received any aesthetic treatment? Yes / No	هل قمت سابقا بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا	X
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....	
Have you ever done any treatment with botox or filler? Yes / No	هل قمت سابقا بأي علاج باستخدام البوتوكس أو الفيلر؟ نعم / لا	X
If yes, provide more details	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....	
What Areas are treated and when?.....	ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟.....	
Did you suffer any side effects after treatment?.....	هل عانيت من أي أعراض جانبية بعد العلاج؟.....	
Have you ever suffered from any auto immune disease? Yes / No	هل عانيت من أي امراض مناعية؟ نعم / لا	X
Do you have any skin infections or inflammations? Yes / No	هل تعاني من أي التهابات أو امراض جلدية؟ نعم / لا	X
Do you take any aspirin, steroids or anticoagulant? Yes / No	هل تتناول أي ستيرويدات أو اسبرين أو مميعات للدم؟ نعم / لا	
Do you have any allergy, specially to Hyaluronic acid, Amide Local Anesthesia or Lidocaine? Yes / No	هل تعاني من أي حساسية خصوصا تجاه حمض الهالورنيك أو التخدير الموضعي أو الليدوكين؟ نعم / لا	لا
Do you suffer of Hypertrophic Scarring? Yes / No	هل تعاني من تضخم الندب؟ نعم / لا	
Do you suffer any cardiac disorders? Yes / No	هل تعاني من أي مشاكل أو امراض قلبية؟ نعم / لا	X
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....	

I hereby consent that I have come to orchid medical center for Treatment with Botox / Filler.

I understand this is an elective procedure and I hereby voluntarily consent to treatment with dermal fillers for facial rejuvenation, lip enhancement, establish proper lip and smile lines, and replacing facial volume. or remove any unwanted wrinkles around eyes and forehead. The procedure has been fully explained to me. I also understand that any treatment performed is between me and the doctor/healthcare provider who is treating me and I will direct all post-operative questions or concerns to the treating clinician. I have read the above and understand it. My questions have been answered satisfactorily. I accept the risks and complications of the procedure and I understand that no guarantees are implied as to the outcome of the procedure. I also certify that if I have any changes in my medical history I will notify the doctor/healthcare professional who treated me immediately.

Patient Name and Signature

.....
.....
.....

Date: ... / ... /

التاريخ: ... / ... /

أقر أنني قد حضرت إلى مركز أوريكيد الطبي للحصول على العلاج باستخدام حقن البوتوكس والفيلر.

أتفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري و أنني قد وقعت هذا الاقرار بإرادتي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر/البوتوكس لإعادة النضارة للوجه وتحسين مظهر الفم وتغيير مظهرها أو إعادة تضاريس الوجه. أو إخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة وحول العين. أقر أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل و أنني سوف أوجه جميع الأسئلة والاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الاقرار والتقييم أو تمت قراءته لي و أنا على علم بمتطلباته و أن جميع أسئلتني و استفساراتني قد أجبت بالكامل وبشكل مرضي،

لا ضمانات قد قدمت لي لنتائج هذا الإجراء الطبي.

و أشهد أنني قد أعطيت المعلومات في هذا النموذج بشكل كامل وصحيح و أنني أتحمّل مسؤولية التبليغ في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

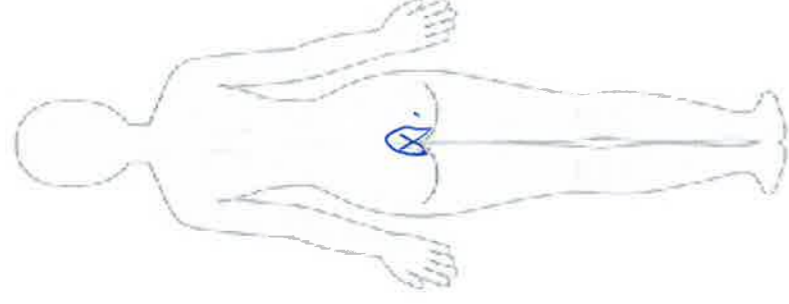
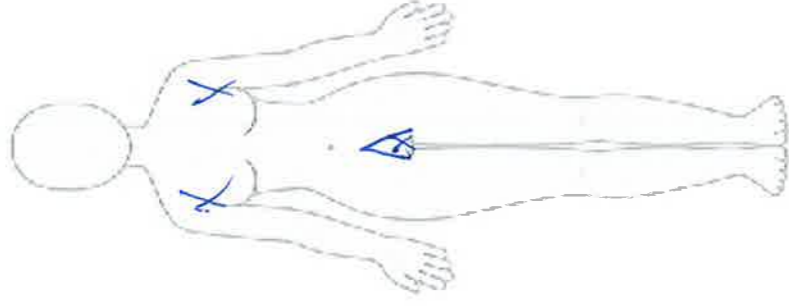
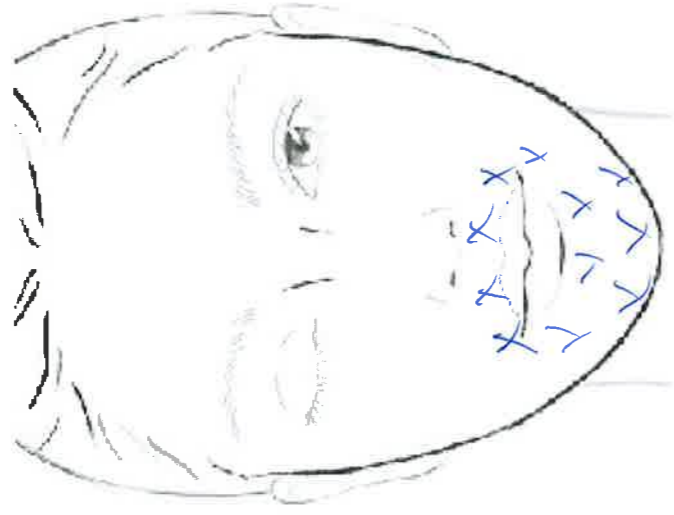
إسم المريض و التوقيع

.....
.....
.....

Date: ... / ... /

التاريخ: ... / ... /

Patient's Name: Hoda Samir إسم المريض:
 File Number: رقم الملف:
 Pain Relief given? Yes / No # 10.0.10.72
 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	19/11/19					
Treatment Area	UL, CHIN, AXILLA					
Hair Type	M/DARK					
Mode	ALEX / ND YAG					
Fluence	8 15ms 12J 78ms					
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1					
Starting Time	8:30 PM					
Finish Time	9 PM					
Post Treatment	Meds + Follow					

Therapist Name and Signature




مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001495)

Date:21-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001070 - HODA SAMIR - 971509362070

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

By Cash 1,260.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 21-10-2018

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

594.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002362)

Date:19-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001070 - HODA SAMIR - 971509362070

The sum of Dhs. Five Hundred Ninety-Four Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 594.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 19-01-2019

Being

Made by **FATEN**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002439)

Date:27-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001070 - HODA SAMIR - 971509362070

The sum of Dhs. **Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **997.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 27-01-2019

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

1,890.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002512)

Date: 03-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001070 - HODA SAMIR - 971509362070

The sum of Dhs. One Thousand Eight Hundred Ninety Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 1,890.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-02-2019

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

AED 945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002972)

Date:13-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001070 - HODA SAMIR - 971509362070

The sum of Dhs. **Nine Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **945.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 13-03-2019

Being **PT PAID FOR HER BALANCE FILLER CHECKS + VAT**

Made by **Rana**

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1001070 - HODA SAMIR - 971509362070

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 5,010.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009398)

Date:13-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001070 - HODA SAMIR - 971509362070

The sum of Dhs. Five Thousand Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 5,010.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date: 13-06-2020

Being 4 threads + 2 filler cytoalal 1200 + teosyal 950

Made by Rana

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1001070 - HODA SAMIR - 971509362070

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

13/06/2020
Rana
Discount

ورقة موافقة على العلاج بالفيلر

التاريخ: _____

انا السيد/السيدة _____ أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الفيلر وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه.

لقد تم إبلاغي باحتمال ظهور بعض الأعراض الجانبية المصاحبة لحقن مادة الفيلر، والتي من المحتمل ظهورها بعد الجلسة مباشرة أو مؤخرا والتي قد تحتوي على:

التهابات (احمرار، وذمة، إلخ) وأيضا قد تصاحب شعور بالحك، ألم عند الضغط وذلك يكون بعد الحقن مباشرة. هذه الأعراض قد تستمر لمدة أسبوع.

ورم دموي - نيبس في المنطقة المحقونة - حدوث انتفاخ او تورم او التهاب او حساسية - حدوث تأثير بسيط أو عدم حدوثه

بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة وسوف تختفي من تلقاء نفسها بعد عدة أيام من جلسة الحقن.

الآثار النادرة الأخرى تتضمن:

لا يمكن التنبؤ بمدى استمرارية الفيلر في الجسم سواء أقصر أو أطول من المدة المتوقعة عدم تناظر الوجه - تغير طويل الأمد في لون الجلد - خمج فيروسي أو خمج جرثومي

ندبة-تقرح - ورم حبيبي - صدمة تحسسية - العمى
لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 6 إلى 9 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح.

إنني أقدم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او تأجيل المواعيد. وأيضا أقدم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور او الوصف المرفق

نعم لا

اسم المريض: هشام

التوقيع: هشام

اسم المعالج: _____

التوقيع: _____



Filler Injection Log

Session	Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1					
Session 2					
Session 3					
Session 4					
Session 5					

Botox Injection Log

Session	Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

Doctor's Name and Signature

.....

استمارة الموافقة على العلاج بخيوط PDO

التاريخ: _____

أوافق على المعالجة بخيوط PDO وقد تم شرح أن هذه الخيوط من مادة بولي ديوكسانون المعقمة مع الكانيولا والتي تزرع تحت الجلد في الطبقة الشحمية لشدة الوجه وإعطاء النضارة.

تزداد النتائج بالتحسن لمدة شهرين وتستمر النتائج لمدة 10 إلى 12 شهر.

ينصح بعدم تناول الأدوية المسيلة للدم قبل و بعد أسبوعين من الإجراء.

الآثار الجانبية

آلم في الأسبوع الأول-إحساس شد في المنطقة-كدمات-تورم-إحساس تحرك محدد-عدم تناظر بالوجه- غمازات بالجلد-التهاب وحمج بالجلد-أذية بالأعصاب أو الأوعية الدموية.

معظم هذه الاختلاطات مؤقتة.

أتقهم أن النتائج تختلف من شخص لآخر وتعتمد على حالة الشخص، وأن المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج وعدم نشر الصور إلا بالموافقة الموقعة مني.

التوقيع: صبر كبر

اسم المريض: صبر كبر