



File No: 1001088

Date: 25/10/2018

Date: 25/10/2018

File Number: 1001088

Patient Name: Hawis Elsayed

إسم المريض

Date Of Birth: 18/7/1996 / 18/7/1996 Gender: M / F

Marital Status: (الزوجة الاجتماعية)

Nationality: (الجنسية): Egypt

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Shokhat

Phone No. (رقم الهاتف): 0557579750

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

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حالية؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبّطات المناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تلقيت 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 تتعاطى أي مميعات الدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ليميا (قصر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، المل، امراض اخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حاملة؟ هل تتعاطين أي مفتح الحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، امراض كبدية اخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions فيروس الايدز، فيروس الحما القبيط etc...etc هل تعاطى من أي امراض اخرى؟	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 of 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 بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم انه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في القصر 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 تامين لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التحيلية الخاصة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و اترك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات الرسم المطلوبة يجب ان تمتد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع أقر أن كافة المطوريات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي تغطي للملف الصحية و اتفهم ان أي معلومات تتناقض بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المطوريات الكاملة لتقديم هذا القرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

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

التاريخ: 2018.10.25

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

للمؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (الكيلو): Weight (kg):	Kg	الارتفاع (السم): Height (cm):	cm	نوعية الدم (Blood Type): : إصمفة الدم
النبض (النبضات): Pulse (bpm):	ppm	الضغط الدم (mmHg): Blood Pressure (mmHg):	/	سكر الدم (Blood Sugar): : (مسكر الدم)

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسفة Allergies

الأدفة Medications

الحمل Pregnancy

الجراحفة السابقة، Hospitalization
حطبات سابقة ، أفعال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقفر): Y / N

ملاحظات العامة والسرففة General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصورة الشعاعفة Radiography

التشفس Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO'

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	Hamis Abdelrahman,Loufti	IDN:	784199651068704	Mother Name:	
Name (Ar)	هلميس عبدالرحمن لطفى	Card Number:	088857805	Mother Name (Ar):	
Title:	السيد	Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):	السيد	Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	01/05/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	29/04/2020	Date of Birth:	18/07/1996	Sponsor Name:	وليد احمد جيمه اسماعيل
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	45190653
Residency Type:	03	Residency Number:	20120093077095	Residency Expiry:	29/04/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image


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

10/25/2018



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 type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدر؟ 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 الكويتان/ الايسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquinon on Site? Yes / No	هل استخدمت ريتين اي 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 كمي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال ٦ اسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately?	متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك اي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلاطات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?.....	ماهي المنتجات التي تستخدمها بشرتك 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.

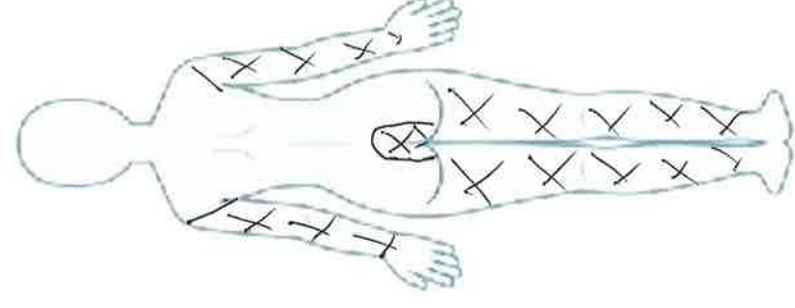
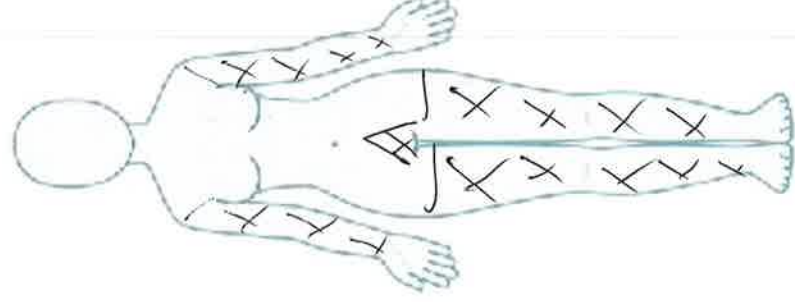
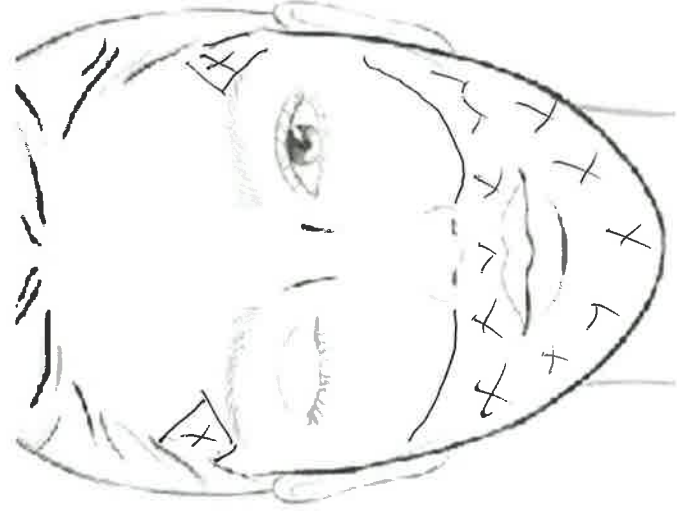
Side Effect
side effects may include burning like redness. and it's possible to see some swelling or cracks. these side effects will fade away few hours to few days after treatment. hypo/hyperpigmentation is not common and it rarely last. it's advisable to avoid sun exposure. and to use sun protections.
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 بالتصريح بالموافقة على إجراء إزالة الشعر بالليزر في مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.
أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إنهاء الشعر. وأتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات العلاج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إني علم على كامل كافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكمي و إني اخترت إزالة الشعر بالليزر.
أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب ٦ اسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و نوع الحساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الكويتان خلال الست اشهر الماضية أو اي عقاقير تسمتهم 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 ستتلاشى خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. يقص 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 أتيتحت لي الفرصة للاستشارة و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و إني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قرأته لمي. و إني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الإسم و التوقيع
التاريخ
2018/11/25

Patient's Name: Hanis el Sayed إسم المريض
 File Number: 100108 رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No Pre-treatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	25/10/18	27/11/18	19/2/19			
Treatment Area	full body	Full body	Full body			
Hair Type	Dark, Thick	Dark, Thick	Dark, Thick			
Mode	FDP, DPI	FDP, DPI	DPI, FDP			
Fluence	5J	6J	6J			
Pulse Type	SHORT BURST	SHORT BURST	SHORT BURST			
CNT Pulse						
Passes	2 pass	1/2 pass	2 pass			
Starting Time	4.15 pm	2.15	1.20 pm			
Finish Time	6.15 pm	4.15 pm	2.15 pm			
Post Treatment			facial			

Therapist Name and Signature 
 Been



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-001527

Date: 25-10-2018

AED 300.00

RECEIPT VOUCHER

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001088 - HAMIS EL SAYED - 971557579750

The sum of Dhs. Three Hundred Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 300.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR FULL BODY LHR PACKAGE**

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001526)

Date:25-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001088 - HAMIS EL SAYED - 971557579750

The sum of Dhs. **Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **632.50** / By Credit Card **365.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 25-10-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001820)

Date:27-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001088 - HAMIS EL SAYED - 971557579750

The sum of Dhs. **Eight Hundred Forty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **750.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **90.00**

Bank: Cheque No.

Date: **27-11-2018**

Being

Made by **FATEN**

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



مركز أوركيك الطبية
ORCHID MEDICAL CENTER

892.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002837)

Date:03-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001088 - HAMIS EL SAYED - 971557579750

The sum of Dhs. Eight Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 892.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-03-2019

Being FULL BODY LHR VIKINI + VAT

Made by Hiba

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