



File No:1001104

Date: 29, 10, 2018

Date: 29, 10, 2018

File Number:1001104

Patient Name:Taha Al-mareq

اسم المريض

Date Of Birth: 20/7/1986 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): Iraq

.....

Address (العنوان): Al-shaykh

Phone No. (رقم الهاتف): 055 977 8887

E-MAIL:

How did you know about us: friend

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تعاطى اي ادوية او تلقى اي علاجات حديثة؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطى اي سترويدات او مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك اي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious illness هل اجريت اي عمليات جراحية او تعاني من اي امراض؟	No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف او تعاطى اي مميعات للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) اخرى	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، ازمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي ملتح للحمل؟ هل تعانين 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، اي امراض معوية اخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions هل تعاني من اي امراض اخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الايدز، 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: 29 / 10 / 2016

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 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 العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية او التجريبية المقدمة لي. كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للقوموات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و امرتك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى 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 قدمته لي تخفي للهدف صحيحة و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستتقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع 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 عليه بكامل ارادتي

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

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg	Height (الطول): cm	Blood Type (دمية الدم):
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (ضغط الدم): /	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History : التاريخ المرضي:		
Allergies الحساسيات		
Medications الأدوية		
Pregnancy الحمل		
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، اذخال المستشفى		
Smoking (التدخين) : Y / N	Alcohol (الكحول) : Y / N	Drugs (العقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

Public Data Readed Suc

SHOW READED DATA

Confirm 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	Taha, Mohammed, Nasser,, Almareg	IDN:	784198650963501	Mother Name:	
Name (Ar)	طه محمد ناصر المرعج	Card Number:	091246288	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRQ	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	العراق		
Issue Date:	11/10/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	09/10/2020	Date of Birth:	12/07/1986	Sponsor Name:	ديلو ملستر شام م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	2012013201199	Residency Expiry:	09/10/2020
ID Type:	IL	Occupation:	1142	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

10/29/2018

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

هناك ليذر ال Q-Switch أقرا أنا _____ بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لاجراء العلاج باستخدام

التقشير الكروني باستخدام لوشن الكرونيو يقيمه التقشير بالليزر هو احد الإستراتيجيات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشندو الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمترتبة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إصرار الجلد، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي ح الحبوب، توسيع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت، بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مرابة كل 3-6 اشهر.

التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكرويون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكرويون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا ناتجة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب، ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

إزالة الوشم بالليزر.

الأورام الصبغية.

تقشير الشعر.

إزالة فطريات الاضافر(الوضع A)

بيير إزالة الكلف (الوضع M)

نحادات الإستعمال للعلاج ينقسم:

تأول عتار الأيسوتريتينوين (الأكوتان) خلال ال6 اشهر الماضية.

الحمل والرضاعة.

الأمراض الجلدية والإتهابات و الأورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

مشاكل في الجهاز المناعي.

الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي.

ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

التهاق.

هم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوحة ان تتحقق بعد الجلسة الأولى، ولا يتضمن الطبيب رضائي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

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

هم ان كما هناك منافع لاجراء المطلوب، اتفهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تلخر في فترة الشفاء/الانتقام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

هم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي: إصرار مؤقت، تأثيرات مشابهة لتأثيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة ايام فقط. تغيرات صبغية (بقع داكنة او خفة على الجلد) او إصرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المختلفة قد تتضمن حكة، ألم، كدمات، إتهاب، ندوب او التئاج.

عة الليزر قد تسبب ضرورا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج. و على ايضا ابقاء عيادي مغلقان أثناء العلاج. أقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات خفيف.

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

التاريخ: 29.10.18 التوقيع:

م المريض/ولي امر المريض:



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001547)

Date:29-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001104 - TAHA AL MAREG - 971559778887

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: **29-10-2018**

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

577.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001667)

Date:11-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001104 - TAHA AL MAREG - 971559778887

The sum of Dhs. Five Hundred Seventy-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 577.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 11-11-2018

Being

Made by Ghada

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



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 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"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes/ No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes/ No	هل ظهر لديك حلا البسيط 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 الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquonon on Site?Yes/ No	هل استخدمت ريتين أي 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 بتف أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منفة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes/ No	متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة 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 أي وشم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes/ No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?	ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركه حاليا؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes/ No	هل أجريت أي 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 لليج؟ 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 بمقتضى هذا
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر التوفير. وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قبلتها على انهاء الشعر. وأتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و أذني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف و الكريمات و إزالة الشعر بالشع و الكي و إذني اختبرت إزالة الشعر بالليزر.

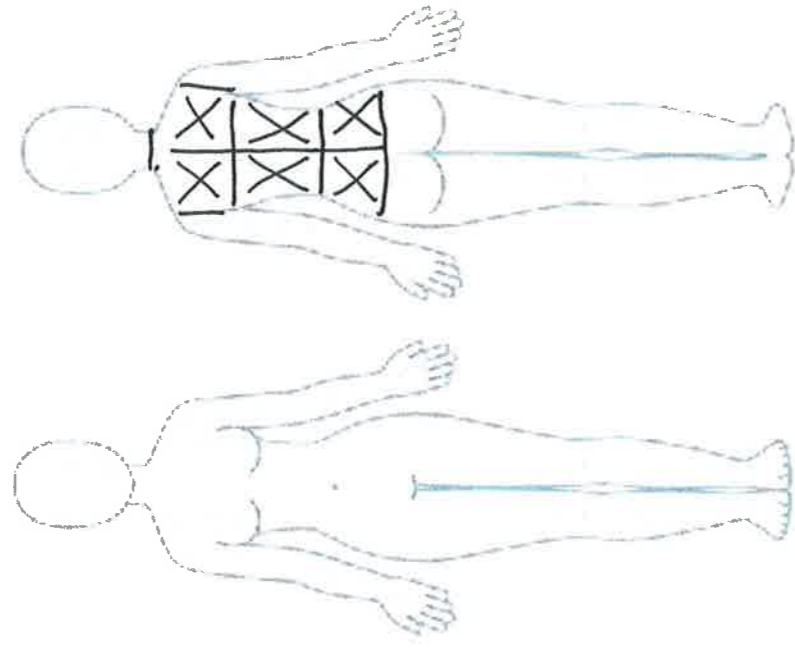
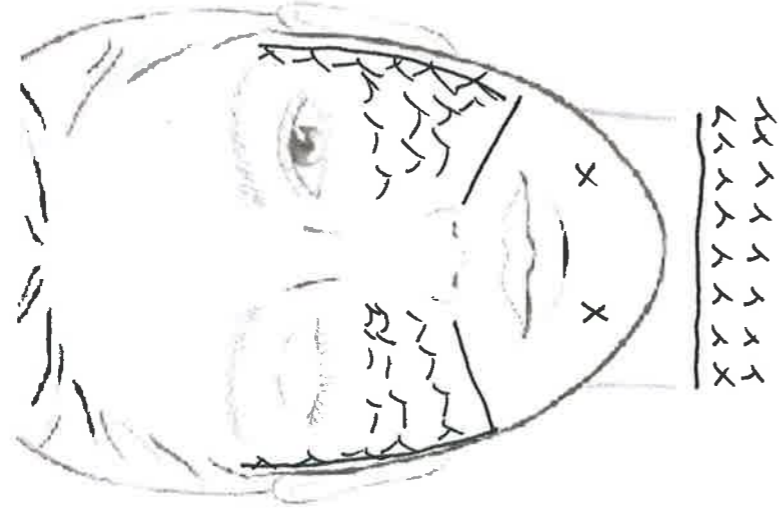
أقر بأنني قد تفقت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشع أو التفت قبل العلاج ب ٦ أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل 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 يزعم التغيير الذي قد أحظه 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 أتيت لي القوزمة للاستشارة و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أذني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لى و أذني تجاوزت التامة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ
... / ... /

Patient's Name: **TAHA ALMAREY** إسم المريض
 File Number: **# 10011041**
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



Treatment Date	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
11/11/18	24/12/18					
BEAMO UNIT + NEK + FOLIC DARK	SAME					
Treatment Area						
Hair Type	DARK	DARK				
Mode	DPI	DPI				
Fluence	14J/cm ²	12J FACE 18J				
Pulse Type	BURST					
CNT Pulse						
Passes	2	2				
Starting Time	12:30 PM	12:15 N				
Finish Time	1:10 PM	12:45 N				
Post Treatment	FOLLOWUP					

Therapist Name and Signature **BUESSIE JANI**



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

577.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002039)

Date:24-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001104 - TAHHA AL MAREG - 971559778887

The sum of Dhs. Five Hundred Seventy-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 577.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-12-2018

Being

Made by FATEN

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

www.omc1.ae