



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1001110

Date: 30/10/2018

Date: 30/10/2018

File Number: 1001110

Patient Name: Sava Jalaluddin

اسم المريض

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 31-5-1995

F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

0559137485

Nationality (الجنسية): Pakistan

F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Phone No. (رقم الهاتف): 0551347737

Address (العنوان): Sheikh Jah

How did you know about us: face book

E-MAIL:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم النقر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديدا؟	NO	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	NO	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	NO	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي 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 أو تتعاطى أي مميغات الدم؟	NO	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ايميا	NO	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	NO	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	NO	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مفتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	NO	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي 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 تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	NO	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو امراض الغدة الدرقية؟	NO	
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الأبتز، فيروس الحلا البسيط 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.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي بالعلاج الأفضل 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 أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقامة لي. كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالتهاب أو التورم أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قصي الملف صحيحة و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا النموذج و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

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

Saraj

Date: 30 / 10 / 2018

توقيع المريض / ولي الأمر (من 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

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة , ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (دواء): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



precisely Kindly Answer the following questions بدقة

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟	<input type="checkbox"/> دائماً المحترق , little tanned <input type="checkbox"/> دائماً المحترق , Never Tanned <input checked="" type="checkbox"/> قليلاً المحترق , Always Tanned <input type="checkbox"/> نادراً المحترق , دائماً الاستمرار
هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره ؟ نعم / لا	لا / لا
هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا	لا / لا
هل تناولت عقار الأكيكبان/الايسترويديين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا	لا / لا
هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدرورينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا	لا / لا
هل قمت بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا	لا / لا
هل قمت بآخر مرة تعرضت فيها لإشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحسنة تسمير؟ نعم / لا	لا / لا
هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا	لا / لا
هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا	لا / لا
هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا	لا / لا
ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركه حالياً؟	Proso
هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا	لا / لا
السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا	لا / لا
هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم لليجيه؟ نعم / لا	لا / لا

SARA JAGAL

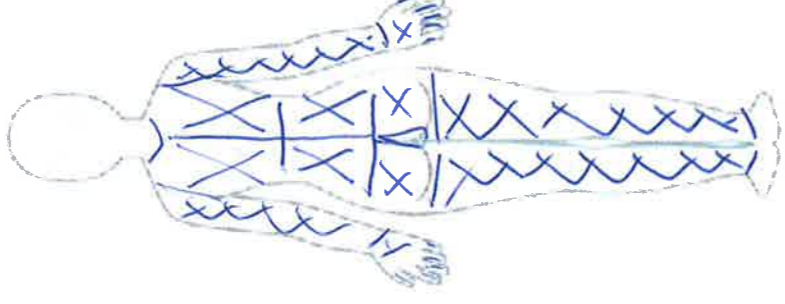
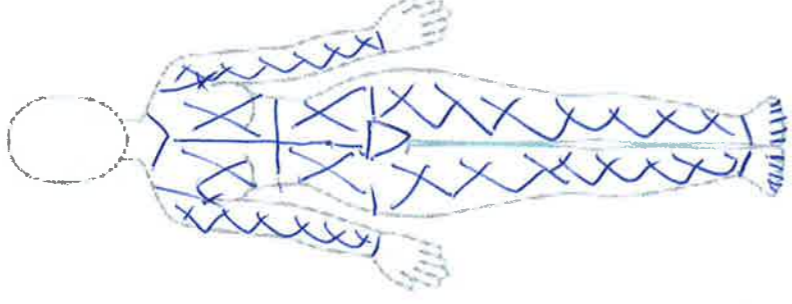
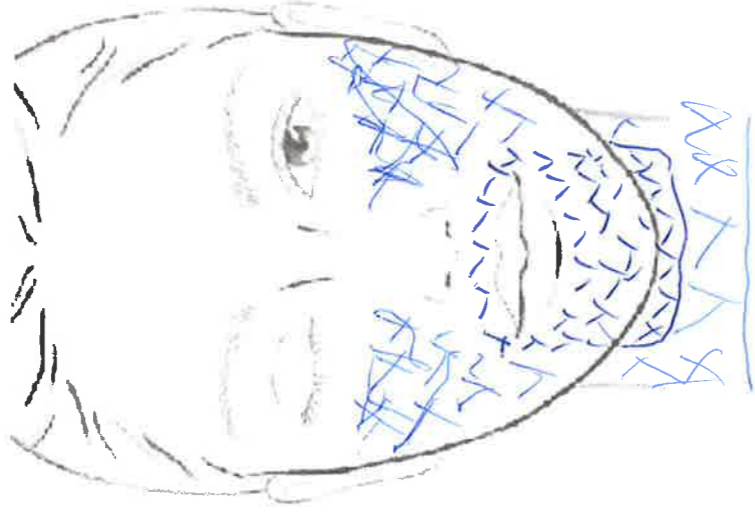
I, SARA JAGAL hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser. I understand that laser produces a beam of light that generates an energy of a certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to impair its ability to grow hair. I understand 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
SARA
Date
30/10/2018

أقر أنا الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر. وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء طاقت ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قوتها على إثناء الشعر. وأتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع والتفك و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر. أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية: - لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 6 أسابيع قبل وبعد العلاج. - يجب تعادي إزالة الشعر بالشمع أو التفك قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل. - الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر. - يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة - الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيكبان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر. أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة. الأعراض الجانبية قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحرقه, 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 تدعم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس. أقر أنه قد أتيت لي الفحص الاستفسار و توجيه الأسئلة على المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لى. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانونى.

الاسم و التوقيع
التاريخ
..... / /

Patient's Name: SARA JALALUDIN إسم المريض
 File Number: رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No 1001110
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



SKIN TYPE V-VI

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	30/10/18	19/12/18	14/3/19	12/6/19	18/12/19	
Treatment Area	FULL BODY + DARK, COARSE PILI FDP 10J/cm ² , 5J/cm ² BURST	FULL BODY + DARK NDYAG 10-15J/15-20	FULL BODY WITH PIGMENT AND DARK MEDIUM NDYAG 10-12J/15	full body - full body with FE by full body ND Yag Med/Deak		
Hair Type						
Mode					NDYAG	
Fluence						
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1-2, 1	1	1			
Starting Time	3:30 PM	3:10 PM	11 AM		12:00 PM	
Finish Time	5:45 PM	4:30 PM	12:35 PM		Bibin-12/18w	
Post Treatment		MEBO + FUJICONT	MEBO + FUJICONT		Back not done 14J/6ms	

Therapist Name and Signature DVESIE

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	Sara,Jalal,,,Jalaluddin	IDN:	784199597626508	Mother Name:	
Name (Ar)	سارہ جلال جلال الدین	Card Number:	079931436	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PAK	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	پاکستان		
Issue Date:	02/09/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	29/08/2019	Date of Birth:	31/05/1995	Sponsor Name:	نبی جلال جلال الدین
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	03351198
Residency Type:	03	Residency Number:	60120133012940	Residency Expiry:	29/08/2019
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

10/30/2018



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,207.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001560)

Date:30-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001110 - SARA JALALUDDIN - 971551347737

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **1,207.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 30-10-2018

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

AED 350.00

RECEIPT VOUCHER


No: REC-001561

Date: 30-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001110 - SARA JALALUDDIN - 971551347737

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifty Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **350.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Re:ing **ADVANCE PAYMENT FOR FULL BODY PLUS LHR/ 1150 PKG**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

1,155.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002004)

Date:19-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001110 - SARA JALALUDDIN - 971551347737

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Fifty-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **1,155.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 19-12-2018

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

AED 1,207.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002973)

Date: 14-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001110 - SARA JALALUDDIN - 971551347737

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **857.50** / By Credit Card **350.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 14-03-2019

Being **FULL BODY PLUS + 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 : 1001110 - SARA JALALUDDIN - 971551347737

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 350.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-004030

Date: 12-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001110 - SARA JALALUDDIN - 971551347737

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifty Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **350.00 (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 PLUS**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

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,102.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004029)

Date:12-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001110 - SARA JALALUDDIN - 971551347737

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

By Cash 752.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 350.00

Bank: Cheque No.

Date: 12-06-2019

Being FULL BODY PLUS + 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 : 1001110 - SARA JALALUDDIN - 971551347737

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,102.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006571)

Date:18-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001110 - SARA JALALUDDIN - 971559137485

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

By Cash 402.50 / By Credit Card 350.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 350.00

Bank: Cheque No.

Date: 18-12-2019

Being full body plus + 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 : 1001110 - SARA JALALUDDIN - 971559137485

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