



File No: 1001117

Date: 28/10/2018

Date: 28/10/2018

File Number: 1001117

Patient Name: Sarah Alsarraj

اسم المريض: Sarah Alsarraj

Date Of Birth: 18/7/1985 Gender: M / F

Marital Status: Married

Nationality: USA

الوظيفة: Maxrified

Address: Ajman

Phone No. (رقم الهاتف): 0507298168

E-MAIL:

How did you know about us: work

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious Illness هل لحربت أي عمليات جراحية أو تعافي 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 مميعات الدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعافي من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع 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 تعافي من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعافي من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions هل تعافي من أي امراض اخرى؟ HSV, HIV...etc	No	فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc

### 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 تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يتكشف الطبيب خلال العلاج أمورا 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 تفمين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استعمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الاجراءات 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 لدي فتحي الملف صحيحة و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتتقيم 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

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

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

Date: 28/10/2018

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة , احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظي): Y / N

الملاحظات العامة والسريية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis









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

Are you pregnant or breast feeding? Yes (No) / لا	هل أنت حامل أو توفين بالإرضاع حاليا؟ نعم / لا
Do you have a history of allergy or anaphylaxis? Yes (No) / لا	هل لديك اي حساسية؟ نعم / لا
Are you currently receiving any Medical Treatment? Yes (No) / لا	هل تتلقى اي علاجات حاليا؟ نعم / لا
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
If Yes, provide more details..... <u>fillers</u>	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
If yes, provide more details <u>fillers</u>	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....
What Areas are treated and when? <u>lips, under eyes, filler</u>	ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟ <u>الفم، المناطق تحت العينين، الفيلر</u>
Did you suffer any side effects after treatment? <u>No</u>	هل عانيت من اي اعراض جانبية بعد العلاج؟ <u>لا</u>
Have you ever suffered from any auto immune disease? Yes / No	هل عانيت من اي امراض مناعية؟ نعم / لا
Do you have any skin infections or inflammations? Yes / No	هل تعاني من اي التهابات او امراض جلدية؟ نعم / لا
Do you take any aspirin, steroids or anticoagulant? Yes / No	هل تتناول اي ستيرويدات او اسبرين او مميعات الدم؟ نعم / لا
Do you have any allergy, specially to Hyaluronic acid, Amide Local Anesthesia or Lidocaine? Yes / No	هل تعاني من اي حساسية خصوصا تجاه حمض الهالورنيك او التخدير الموضعي او الليدوكاين؟ نعم / 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 اي مشاكل او امراض قلبية؟ نعم / لا
If Yes, provide more details..... <u>perioral dermatitis</u>	إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل.....

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

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

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.

أفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري و أنني قد وقعت هذا القرار بإرادتي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر / البوتوكس لإعادة التجميل وتحسين مظهر الشفاه و تغيير مظهرها أو إعادة تماريس الوجه، أو إخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة وحول العين. أفهم أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل و أنني سوف أوجه جميع الأسئلة و الاستفسارات الى الطبيب المعالج قبل و بعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الاقرار و التقييم (أو تمت قراءته لي و أنا على علم بمتنهما) و أن جميع اسئلتني و استفساراتي قد أجيبته بالكامل و بشكل مرضي،

لا ضمانات قد قدمت لي لنتائج هذا الإجراء الطبي.

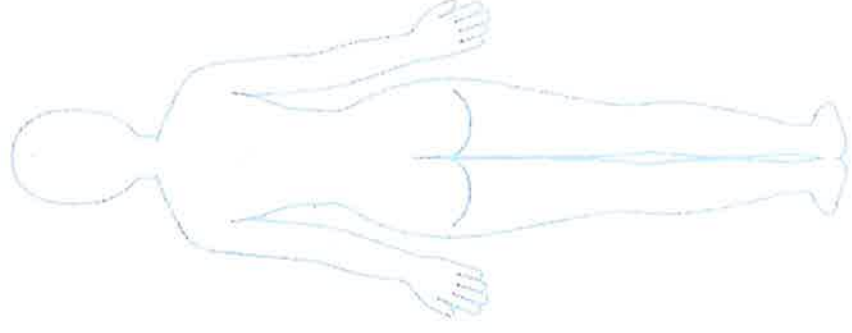
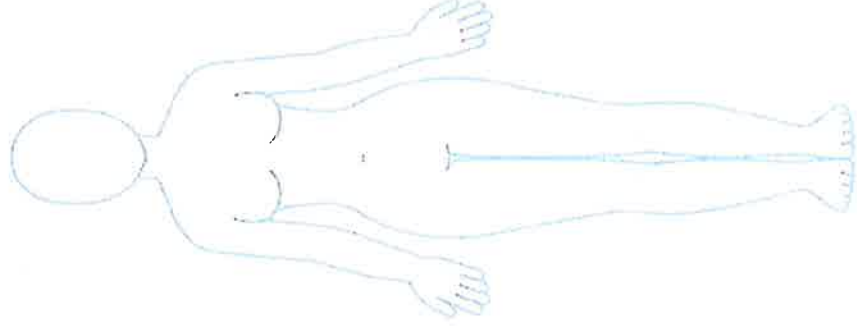
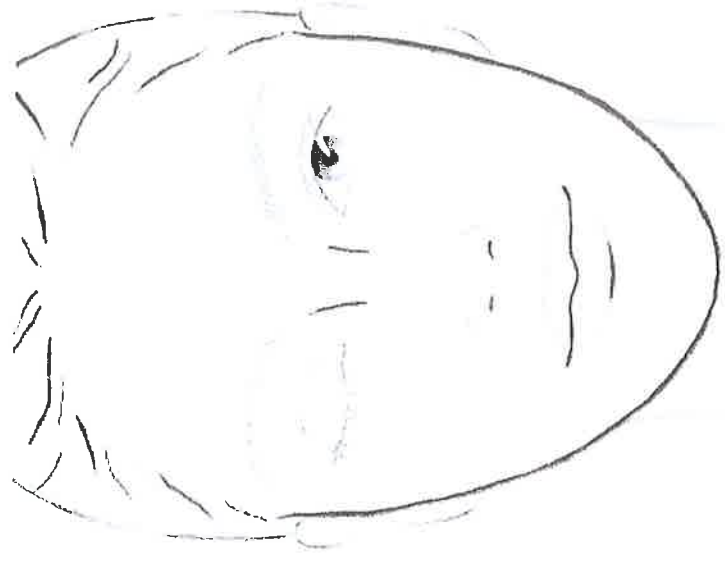
و أشهد أنني قد أعطيت المعلومات في هذا النموذج بشكل كامل و صحيح و أنني اتحمل مسؤولية التبليغ في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

Patient Name and Signature

إسم المريض و التوقيع

Date: 28/10/2018

التاريخ: ... / ... / .....



**Filler Injection Log**

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

**Botox Injection Log**

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

Doctor's Name and Signature

.....

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	Sarah, Sameer, Alsaraj	IDN:	784198510375839	Mother Name:	
Name (Ar)	سارة، مستر، السراج	Card Number:	091213680	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	USA	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الولايات المتحدة		
Issue Date:	10/10/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	07/10/2020	Date of Birth:	18/07/1985	Sponsor Name:	مركز اوركي الطبي
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	30120182113248	Residency Expiry:	07/10/2020
ID Type:	IL	Occupation:	4222	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

10/28/2018





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 type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عدمية الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input checked="" 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 سابقاً علامات ندوب أو جدره؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
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 <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you Taken Akutan or Isotretinone in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No	هل كنت متعرضة لشمس لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
What products you are using for your skin recently? .....	ماهي المنتجات التي تستخدمها بشرتك حالياً؟ .....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

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, patient's 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

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 ..... بقومي الى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغة الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إنهاء الشعر.

وأفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني علم على كامل كافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك والتف والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكي وإني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر أنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.

- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.

- الوشم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والحساسية ونوع 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 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 الحروق. ومن الممكن حدوث بعض التورم والتشققات. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشى خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص

أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدوم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص وأني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لني. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمرني في حال عدم بلوغي السن القانوني.

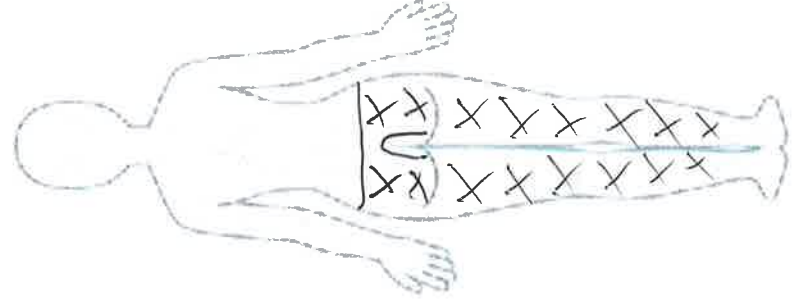
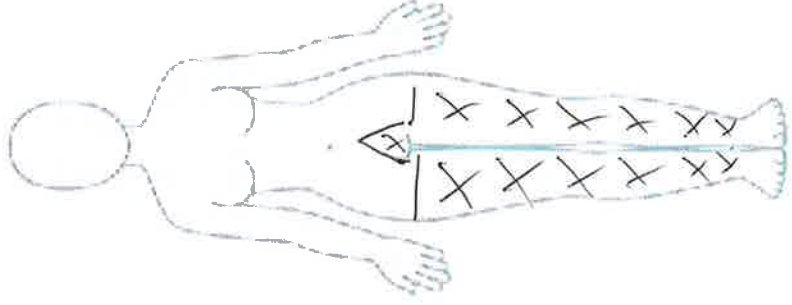
الاسم و التوقيع

.....

التاريخ

.../.../.....

Patient's Name: .....: اسم المريض  
 File Number: .....: رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No .....: تقييم وتخفيف الألم  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No .....: تقييم و الموافقة  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....: التصوير قبل المعالجة



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	1/11/18					
Treatment Area	Full leg, bikini					
Hair Type	Coarse/Dark					
Mode	A 785/1064					
Fluence	9J/7/15/17/15					
Pulse Type						
CNT Pulse	1					
Passes	1					
Starting Time	12:10					
Finish Time	1:20					
Post Treatment	فيلم					

Therapist Name and Signature .....: *Blessie*



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001574)

Date:01-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001117 - SARAH ALSARAJ - 971507298168

The sum of Dhs. Five Hundred Twenty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 525.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 01-11-2018

Being

Made by SARA

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001651)

Date:08-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001117 - SARAH ALSARAJ - 971507298168

The sum of Dhs. One Thousand Five Hundred Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 1,575.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 08-11-2018

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)