



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إتسامة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

File No: 102/1123...

Date: 3 / 11 / 2018

Date: 11 / 2018

File Number: 102/123

Patient Name: Alia AL ALI

إسم المريض

Date Of Birth: 11/2/2008 (تاريخ الميلاد) Gender: M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: U.O.S (الوطنية) Occupation:

Address: Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 0555533294

E-MAIL:

How did you know about us: friend

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثة؟	لا / نعم
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟	لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تلقيت من أي أمراض؟	لا
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيدات للدم؟	لا
Anemia, Leukemia (م سرطان الدم)، لو كيميا	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع الحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراوى، 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 تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا
Other conditions فيروس الإيدز، فيروس الحماق النطاقي، HIV...etc	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.

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 تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في القمص الأثري 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 أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتابع العلاجات و الإجراءات الطبية أو الجراحية المعقدة لي، كما تفهم الخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب 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 قدمتة لي قد قصي الملف صحفية، و اتفهم ان اي معلومات تتلاق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون مراقبتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا التصريح 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 المرض Patient Assessment Form

للمؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (البروز): Weight (البروز):	Kg	الارتفاع (البروز): Height (البروز):	cm	نوع الدم (البروز): Blood Types (البروز):	
النبض (البروز): Pulse (البروز):	ppm	الضغط الدم (البروز): Blood Pressure (البروز):	/	السكر الدم (البروز): Blood Sugar (البروز):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

الجراحات السابقة، الاستشفاء: Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة، إدخال المستشفى

التدخين (البروز): Smoking (البروز): Y / N

الكحول (البروز): Alcohol (البروز): Y / N

الأدوية (البروز): Drugs (البروز): Y / N

ملاحظات عامة و سريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص 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	Alia,Abdulla,Alj,,Bin Sarm	IDN:	784199765254323	Mother Name:	
Name (Ar)	علياء عبدالله علي بن سالم آل علي	Card Number:	088040372	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	501001662
Issue Date:	07/03/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	07/03/2028	Date of Birth:	31/12/1997	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

11/3/2018

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

هنا ليزر ال Q-Switch أقر أنا _____ بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لاجراء العلاج باستخدام

التقشير الكريونى باستخدام لوشن الكريونو يتبعه التقشير بالليزر هو احد الإستطبات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع حمراء والنية غير المرعوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إحصار الجلد، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي ع الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف التمس الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معصمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

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

إزالة الوشم بالليزر.

الأورام الصبغية.

تشقير الفم.

إزالة فطريات الاحصاف(الوضع A)

بيير إزالة الكلف (الوضع M)

سدات الإمتصال للعلاج يتضمن:

تأول عقار الأيسوترتينوين (الأكوتان) خلال ال6 اشهر الماضية.

الحصل والرصاعة.

الأمراض الجلدية والإتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

مشاكل في الجهاز المناعي.

الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي.

ضعف الشفاء(تكون الندوب الجذرية)

اليقاع.

عم تماما ان النتائج المتتالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوحة لن تتحقق بعد الجلسة الاولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

. تم الفرح لي عن الحاجة الى انتهاء خطة العلاج. و انا اقوم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي الليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج.وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر ي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والحماية بالليزر التي شرحت لي بالكامل.

همم ان كما هناك منافع لاجراء المطلوب. اقوم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/الانتام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

عم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي: احمرار مؤقت، تأثيرات مشابهة لتقشرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة ايام فقط. تغيرات صبغية (بقع داكنة او خفة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكة، ألم،كدمات،التهاب،ندوب او انتفاخ.

حة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج. و على ايضا ابقاء عياني مغلقان أثناء العلاج. أقر ان المخدر الموضوعي مطلوب مما قد يسبب برودة فم ومضاعفات خفيف.

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

التوقيع:

التاريخ:

م المريض/ولي امر المريض:



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001584)

Date:03-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001123 - ALIA AL ALI - 971555533294

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: 03-11-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001722)

Date:17-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001123 - ALIA AL ALI - 97155533294

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: 17-11-2018

Being

Made by **Ghada**

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