



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1001126

Date: 3 / 11 / 2018

Date: 3 / 11 / 2018

File Number: 601126

Patient Name: Mand Al Raessi

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 8 / 10 / 1989

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): M / F

Nationality (الجنسية): UAE

.....

Address (العنوان): Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 05 09812612

E-MAIL: Friend

How did you know about us: Friend

| التاريخ الطبي | |
|--------------------|--|
| Medical Condition | الحالة الطبية |
| Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل |
| Yes | Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حالية؟ |
| Yes | Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ميثونات للمناعة؟ |
| Yes | Allergies هل لديك أي حساسية؟ |
| No | Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تتلقى من أي امراض؟ |
| No | Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغف 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 مميكت الدم؟ |
| No | Anemia, Leukemia (نقر 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 تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟ |
| No | Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي ملحق للحمل؟ هل تعانين 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 تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟ |
| No | Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟ |
| No | Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ |
| No | HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط |



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.
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية اللازمة قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في القمص 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 أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنطاق العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مملحة للتخصصات (الإجراءات العلاجية و الجراحية).
- و ابرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تقوي الى مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزف أو الألم أو الحساسية
- أفهم أن هناك رسوم بأحد الأيدي يجب علي دفعها مقابل الخدمة الجراحية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تمدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أفهم أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمته لي تخصي لنلق صحبة و انهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون مراقبتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل اراضي

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

Hand

التاريخ: ... / ... / ...

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

للمؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (الكيلو): Kg

الارتفاع (السم): cm

نوع الدم (Blood Type):

النبض (النبضات): ppm

الضغط الدم (الضغط): /

السكر الدم (Blood Sugar):

سبب زيارة المريض العيطة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

الجراحات السابقة، Hospitalization
عمليات سابقة، Previous Surgeries

التدخين (Smoking): Y / N

الكحول (Alcohol): Y / N

الادوية المخدرة (Drugs): Y / N

الملاحظات العامة والمسريرية General & Clinical Findings

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

| | |
|--|---|
| 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 , غنية 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 / لا |
| Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No | هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو تهرجات في منطقة العلاج؟ نعم / لا |
| Have you Taken Akutan or isotritonine in the last 6 months? Yes/ No | هل تناولت عقار الكويتان/الإسوتريونين 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 بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطه العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No | متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لإشعة 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 وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا |
| Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No | هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا |
| What products you are using for your skin recently? | ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حالياً؟ |
| Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No | هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا |
| For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No | السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا |
| Have you done any permanent make up? Yes / No | هل قمت سابقاً 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 vanation 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
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر العتوق.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. وأفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات العلاج قبل وبعد الطمسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني علم على علم كامل كافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق والتف والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكلي وإني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

- أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
 - يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفك قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
 - الوشم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتثر بالعلاج بالليزر.
 - يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والحساسيات ونوع البشرة
 - الأشخاص الذين تناولوا عقار الكويتان خلال الست أشهر الماضية أو اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أفهم 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. ومن الممكن حدوث بعض التورم والشفتحات. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشي 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 للاستشارة وتوجيه الأسئلة التي المعالج المختص وأني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لفي. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلغي السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ
..... 18 / 11 / 2009

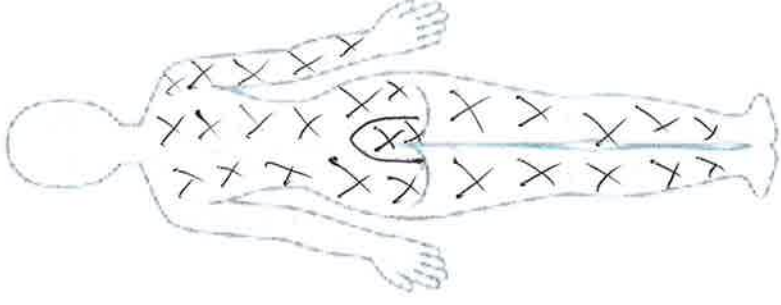
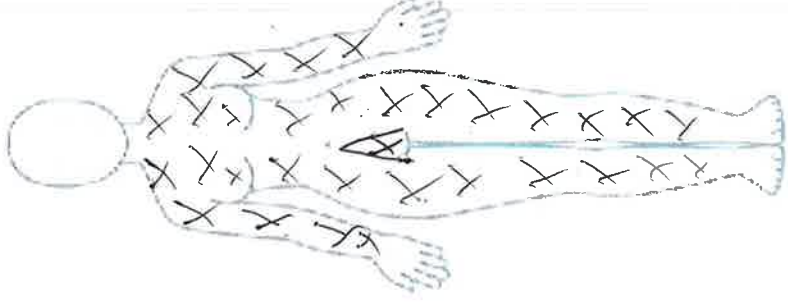
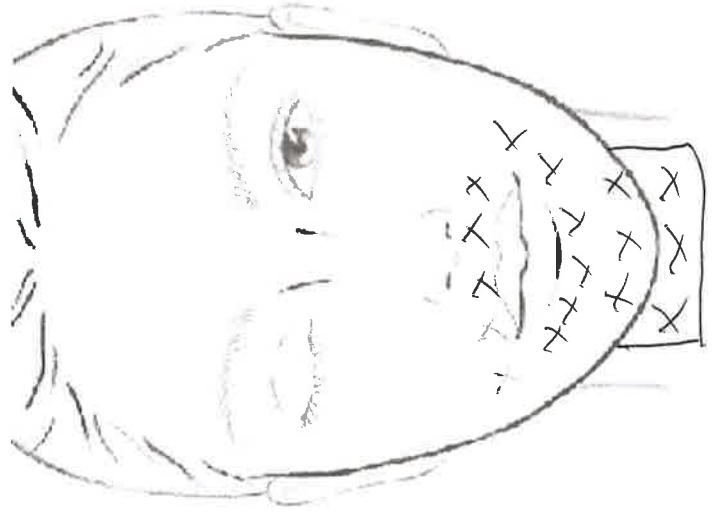
Patient's Name: Manal Al Raeesi إسم المريض:


File Number: # 601126 رقم الملف:

Pain Relief given? Yes / No

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No



| | Session 1 | Session 2 | Session 3 | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|------------------------------|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Treatment Date | 3/11/18 | | | | | |
| Treatment Area | full body thick pubic | | | | | |
| Hair Type | Alex Yag | | | | | |
| Mode | 9/15 17/122 | | | | | |
| Fluence | | | | | | |
| Pulse Type | | | | | | |
| CNT Pulse | | | | | | |
| Passes | | | | | | |
| Starting Time | 4:30 PM | | | | | |
| Finish Time | 7 PM | | | | | |
| Post Treatment | Mebo advised | | | | | |
| | only bikini front used viken FDP 6J16H2 | | | | | |
| Therapist Name and Signature |  | | | | | |

United Arab Emirates
Driving License
الإمارات العربية المتحدة
رخصة قيادة

رقم الرخصة
446961

الاسم
مطلان علي محمد علي الرئيسي
MANAL ALI MOHD A. ALRAEESI

الجنسية
EMIRATES




تاريخ الميلاد
08-10-1989

تاريخ الاصدار
24-02-2009

تاريخ الانتهاء
02-04-2023

موقع الاصدار
SHARJAH

شعبة الترخيص
SHTRZ1793
Licensing Authority





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,207.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001591)

Date:03-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001126 - MANAL AL RAEESI - 971509812612

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: **03-11-2018**

Being

Made by **Ghada**

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