



File No: 1001127

Date: 3, 11, 2018

Date: 3, 11, 2018

File Number: 1001127

Patient Name: Alyaa Alauthmani

اسم المريض

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 7 / 1. 1980 Gender (الجنس): M / (F)

Marital Status (الجماعية):

Nationality (الجنسية): Syria

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Shaifiah

Phone No. (رقم الهاتف): 0523836494

E-MAIL: How did you know about us: Google

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details لنا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثة؟	لا	
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 تلقي من أي امراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، الملء، امراض اخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تتعاطى من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مفتح للحمل؟ هل تتعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، امراض كبدية اخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تتعاطى من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تتعاطى من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تتعاطى من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	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.
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل والخبرة الطبية.
- أفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما تكرفني القمص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والملاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية والطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تسهيلات لتتبع العلاجات والإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أفهم المخاطر و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماماً كافة المخاطر و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- وأدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية.
- أفهم أن هناك رسوم بأحد الأيدي يجب علي دفعها مقابل الخدمة الجراحية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من الحالة.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمته لي تقتضي للملف صحية و أفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفصاح عليها دون مراعاتي.
- أقر أن لدي المعلومات الكافية لتقديم هذا الإقرار و أن هذا التوقيع قد تم شرحه لي بالكامل و أنني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و أنني وقعت عليه بكامل إرادتي

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



التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs			
الوزن (kg): Weight	Kg	الارتفاع (cm): Height	cm
النبض (ppm): Pulse	ppm	ضغط الدم (/): Blood Pressure	/
		نوع الدم (Blood Type): Blood Type	
		سكر الدم (Blood Sugar): Blood Sugar	

سبب زيارة المريض العيوية Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة، دخول المستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (Smoking): Y / N

تناول الكحول (Alcohol): Y / N

أدوية (Drugs): 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

cAEAI0EBAA830DQx0

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	Alyaa,Mhd,Said,,Alouthmani	IDN:	784198079625277	Mother Name:	
Name (Ar)	علياء محمد سعيد، والخطمي	Card Number:	078971158	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	سوريا		
Issue Date:	23/06/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	15/06/2019	Date of Birth:	07/01/1980	Sponsor Name:	هيئة الصحة ببيبي
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120137134579	Residency Expiry:	15/06/2019
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	99

Photo



Signature Image

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

11/3/2018



precisely Kindly Answer the following questions

يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة

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 , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input 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 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 الاكيتان/ الايسوتريتونين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquinon on Site?Yes/ No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلوكوليك 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 إزالة الشعر بالشمع في منطقة 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 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 اي 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 لبشرتك حاليا؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي 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 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 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

الاسم و التوقيع

Date

التاريخ

.../.../...

.../.../...

أقر أنا
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المستقر.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يملك طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إتمام الشعر. وأفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والالتزام المرغوب بتعليمات العلاج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج، وإني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف 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 تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفف 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 المساسية ونوع البشرة.
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الست اشهر الماضية أو أي 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 و التشققات، 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 لى الفرصة الاستفسار وتوجيه الأسئلة الى المعالج المختص وأني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لى. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري، أو حصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانونى.

الاسم و التوقيع

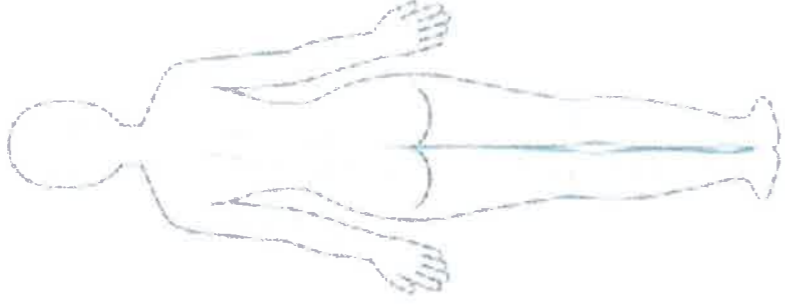
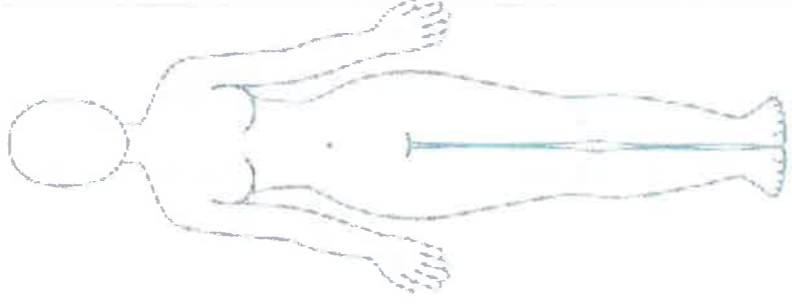
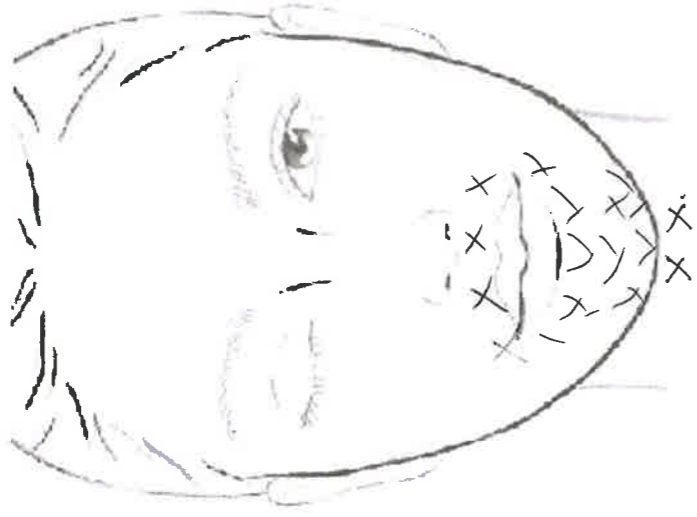
التاريخ

.../.../...

.../.../...

طاهرة المنير
16/11/2013

Patient's Name: Alya Alouthamm
 File Number: 1061124
 Pain Relief given? Yes / No
 اسم المريض:
 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	29/12/18	26/1/19	28/4/19	18/8/19	28/9/19
Treatment Area	U, L, CHIN	UL, CHIN	UK CHIN	UL, CHIN	UK, CHIN	U, CHIN
Hair Type	Thick Dark	M. DARK	M. DARK	M. DARK	M. DARK	Soft / D
Mode	Alex	DPI	ALEX	ALEX	ALEX 20	ALEX 20
Fluence	9J	18J/15ms	9J/15ms	9/12.5	8/12.5	9/10ms
Pulse Type	15ms					
CNT Pulse	1	2	1	1	1	1
Passes	7.2pm	6.40pm	8.30pm	7pm	6.20pm	7.45pm
Starting Time	7.30pm	6.50pm	8.40pm	7pm	6.20pm	7.45pm
Finish Time						
Post Treatment	Mobot fument		Ice	Ice	fument	fument

Therapist Name and Signature



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001592)

Date:03-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001127 - ALYAA ALOUTHMANI - 971528836494

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **105.00** / 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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002106)

Date:29-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001127 - ALYAA ALOUTHMANI - 971528836494

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

By Cash 105.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 29-12-2018

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

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002423)

Date:26-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001127 - ALYAA ALOUTHMANI - 971528836494

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **105.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 26-01-2019

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 105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003488)

Date: 28-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001127 - ALYAA ALOUTHMANI - 971528836494

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **105.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Date: 28-04-2019

Cheque No.

Being **CHIN & UPPER LIP + VAT**Made by **Hiba**

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 : 1001127 - ALYAA ALOUTHMANI - 971528836494

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



مركز أوركيديك الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

Date:18-08-2019

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004787)

AED 105.00

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001127 - ALYAA ALOUTHMANI - 971528836494

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 105.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date: 18-08-2019

Being UPPER LIP AND CHIN LASER + VAT

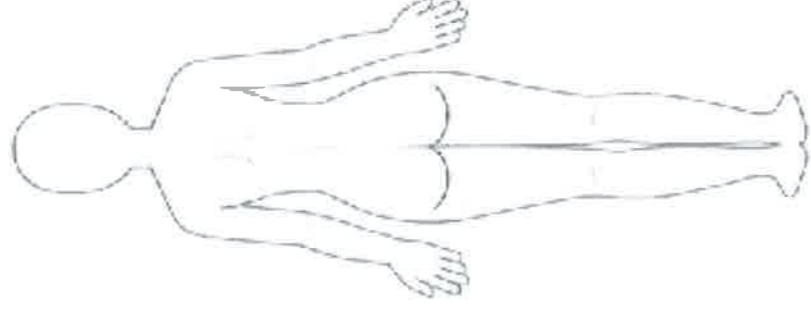
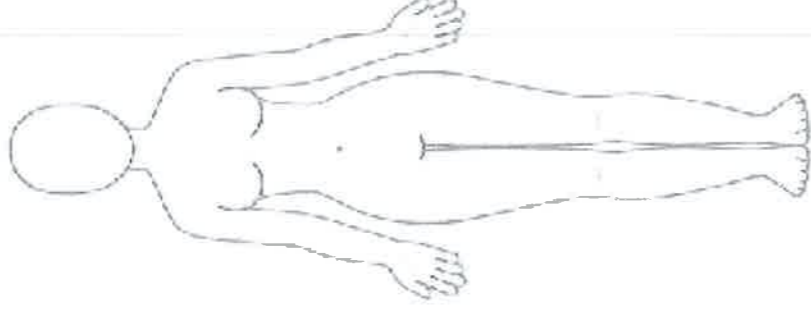
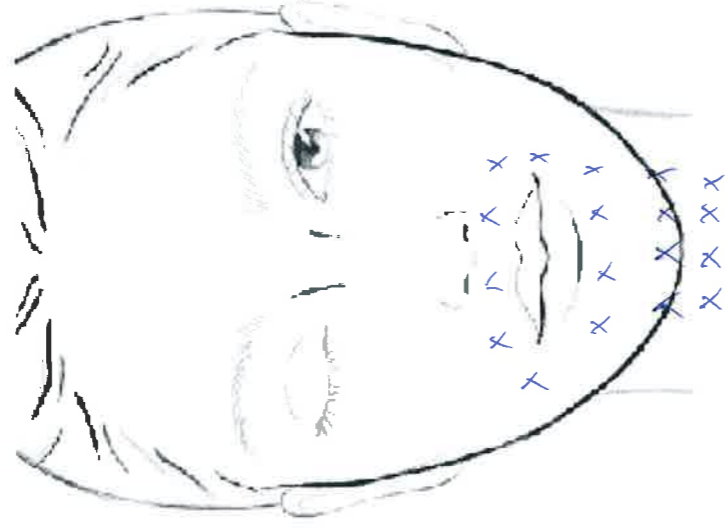
Made by Hiba

- 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 : 1001127 - ALYAA ALOUTHMANI - 971528836494

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

Patient's Name: *Alaya* *اسم المريض*
 File Number: *100127* رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No *Yes* 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	<i>06/02/20</i>					
Treatment Area	<i>U.L + Chin</i>					
Hair Type	<i>Med Soft</i>					
Mode	<i>ALen: 16</i>					
Fluence						
Pulse Type	<i>103/10ms</i>					
CNT Pulse						
Passes						
Starting Time	<i>6:55pm</i>					
Finish Time	<i>HIRUDOID</i>					
Post Treatment						

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005262)

Date:28-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001127 - ALYAA ALOUTHMANI - 971528836494

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **105.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 28-09-2019

Being **CHIN & UPPER LIP (HR) + VAT**Made by **Hiba**

- 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 : 1001127 - ALYAA ALOUTHMANI - 971528836494

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



مركز أوركيديك الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 52.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-007506)

Date: 06-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001127 - ALYAA ALOUTHMANI - 971528836494**The sum of Dhs. **Fifty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **52.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **06-02-2020**Being **1 SESSION CHIN + VAT**Made by **Reem**

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 : **1001127 - ALYAA ALOUTHMANI - 971528836494**

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