



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: ...1.001.1.29

Date: 9/11/2018

Date: 4/11/2018
Patient Name: Amira Salim
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 23/07/2005 Gender: M (F)
Nationality (الجنسية): UAE
Address (العنوان): Ajlun, Dubai
Phone No. (رقم الهاتف): 2564499946
File Number:
اسم المريض: أميرة سليم
Marital Status (الحالة الاجتماعية):
Phone No. (رقم الهاتف): 2564499946

E-MAIL:
How did you know about us:

| التاريخ الطبي Medical History | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل |
|---|--------------------|---|
| الحالة الطبية Medical Condition | | |
| هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟ Recent or current drugs/Medical Treatment | لا | |
| هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مضطبات للمناعة؟ Corticosteroids/Immunosuppressant | لا | |
| هل لديك أي حساسية؟ Allergies | لا | |
| هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطت من أي امراض؟ Surgical Operations, Serious illness | لا | |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب | لا | |
| هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميحات للدم؟ High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants | لا | |
| انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) Anemia, Leukemia | لا | |
| امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السعال، امراض اخرى Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other | لا | |
| هل تعاطت من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟ Renal, Urinary, Sexually transmitted disease | لا | |
| هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems | لا | |
| التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases | لا | |
| قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other | لا | |
| هل تعاطت من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟ Thyroid Diseases, Diabetes | لا | |
| هل تعاطت من أي امراض اخرى؟ Other conditions فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط 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 يكثف 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 المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى 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 قيمته لدى تلقي الملف صحيحة و أتفهم ان أي معلومات تتفق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم 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

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

التاريخ: ... / ... /



استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

| | | | | | |
|-----------------|-----|----------------------------|----|-------------------------|--|
| Weight (الوزن): | Kg | Height (الطول): | cm | Blood Type (نمط 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 المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة والسيرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis



precisely Kindly Answer the following questions يجيبى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة

| | |
|---|--|
| How do you better describe your skin Type <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned | ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عميمة الاسمرار <input checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار |
| Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No No | هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم / لا <input type="checkbox"/> نعم / لا |
| Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes/ No No | هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا <input type="checkbox"/> نعم / لا |
| Have you Taken Akutan or Isotretinone in the last 6 months? Yes/ No No | هل تناولت عقار الكويتان/اليسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا <input type="checkbox"/> نعم / لا |
| Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquinone on Site?Yes/ No No | هل استخدمت منتجات حمض الريتينويك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ <input type="checkbox"/> نعم / لا |
| Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No No | هل قمت بتق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا <input type="checkbox"/> نعم / لا |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? No | هل قمت بقاء مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحمسة تسمير ؟ <input type="checkbox"/> نعم / لا |
| Do/ Did you use any tanning products? Yes / No No | هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم / لا <input type="checkbox"/> نعم / لا |
| Do you Have any tattoos on site? Yes / No No | هل لديك اي وشم أو تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا <input type="checkbox"/> نعم / لا |
| Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No No | هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا <input type="checkbox"/> نعم / لا |
| What products you are using for your skin recently?..... No | ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حاليا؟ <input type="checkbox"/> نعم / لا |
| Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No No | هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا <input type="checkbox"/> نعم / لا |
| For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No No | للسيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا <input type="checkbox"/> نعم / لا |
| Have you done any permanent make up? Yes / No No | هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا <input type="checkbox"/> 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

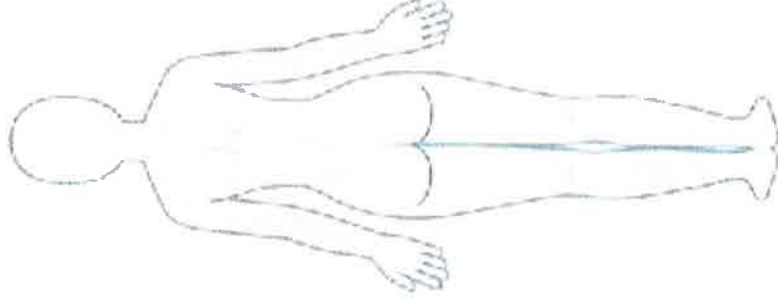
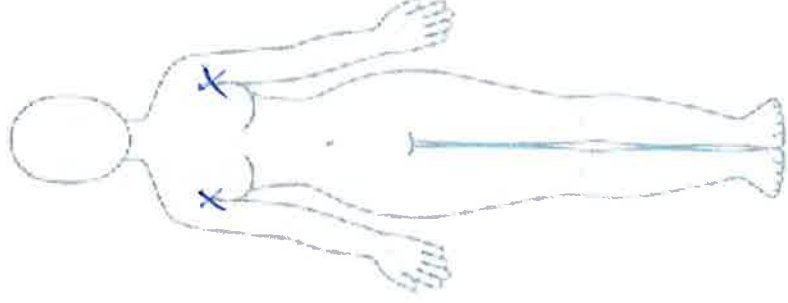
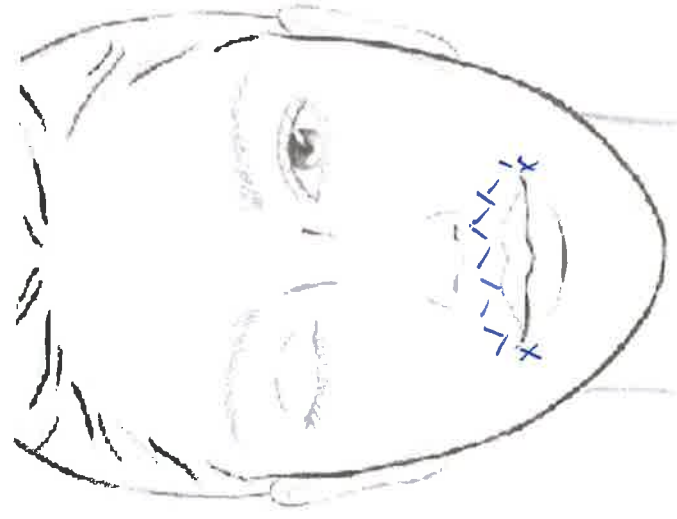
Date / /

أقر أنا بالتصريح بقدمي الى مركز أوركيد الطبي/الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر. وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلات الشعر لتصل قدرتها على انهاء الشعر. وأتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و اذني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك و التفتك و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و اذني اختارت إزالة الشعر بالليزر. أقر باني قد تقيت التعليمات التالية: - لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج. - يجب تقادي 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 اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة - الأشخاص الذين تناولوا عقار الكويتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر. أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى يحتاج الى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة. الأعراض الجانبية التعرض للأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحرق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشى خلال بضع ساعات الي عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس. أقر أنه قد أتيتحت لمي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الي المعالج المختص و أذني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لمي. و اذني تجاوزت التامة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلغي السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ / /

Patient's Name: :اسم المريض
 File Number: 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 | 4/11/12 | | | | | |
| Treatment Area | U-LIP + CHIN | | | | | |
| Hair Type | Dark | | | | | |
| Mode | FDP | | | | | |
| Fluence | 5-6 J/cm ² | | | | | |
| Pulse Type | SHORT | | | | | |
| CNT Pulse | | | | | | |
| Passes | 1 | | | | | |
| Starting Time | 4:10 PM | | | | | |
| Finish Time | 4:30 PM | | | | | |
| Post Treatment | | | | | | |

Therapist Name and Signature *WESLIE JANE*

United Arab Emirates دولة الإمارات العربية المتحدة
Driving License رخصة قيادة



| | | |
|----------------|--|---------------------------------------|
| License No. | 3851893 | رقم الرخصة |
| Name | Amira Salim Abdellatif Mohamed Mustafa | الاسم اميرة سالم عبداللطيف محمد مصطفى |
| Nationality | Emirates | الجنسية الإمارات |
| Date of Birth | 23/07/2000 | تاريخ الميلاد |
| Issue Date | 13/08/2018 | تاريخ الامتداد |
| Expiry Date | 13/08/2019 | تاريخ الانتهاء |
| Place of Issue | Dubai | جهة الامتداد دبي |

سلطة الترخيص
dc311103
Issuing Authority



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001596)

Date: 04-11-2018

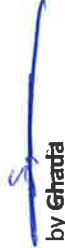
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001129 - AMIRA SALIM - 971564499946

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **157.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 04-11-2018

Being

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