



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 100/1133

Date: 5 / 11 / 2018

Date: 5 / 11 / 2018

File Number: 100/1133

Patient Name: Hawra Moosa

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 5 / 18 / 1987

Marital Status (الحالة الاجتماعية): M / F

Nationality (الجنسية): U.A.E.

Phone No. (رقم الهاتف): 050201508808

Address (العنوان): Shajrah

How did you know about us: Instigram

E-MAIL:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل لجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	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	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا	نعم	فقر الدم
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع الحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي 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 تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions 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.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف 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 الطبية.
- 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 تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تقوي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم أو الحساسية المرضية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالأدنى 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 قدمته لي قد بقي الملف صحيحة و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا 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 دون العن القانونية):

التاريخ: ... / ... / ...

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دمية 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 ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Lined area for writing the treatment plan.

Doctor's Signature and Stamp

.....



precisely Kindly Answer the following questions بدقة 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"/> Always Burned, Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره؟ نعم / 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 / لا	<input type="checkbox"/>
Have you Taken Akutan or Isotretinone in the last 6 months? Yes/ No هل تناولت عقار الأكيوتان/اليسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/>
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes/ No هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الهيدروكويك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/>
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 منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/>
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Do/ Did you use any tanning products? Yes / No هل كنت اخر مرة تعرضت قريبا لضوء الشمس لمدة طويلة أو قمت بحضرة تسمير؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/>
Do you Have any tattoos on site? Yes / No هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/>
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No What products you are using for your skin recently? هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/>
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No هل قمت سابقاً بإجراء عملية إزالة الشعر بالليزر؟ نعم / 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, 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 بقومي التي مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المؤقت، به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

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

وأفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و أنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و أنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تقبيل التعليمات التالية:
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تعادي إزالة الشعر بالشمع أو التفك قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- التجميل و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
أفهم أنه برغم التغيير الذي قد أظنه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

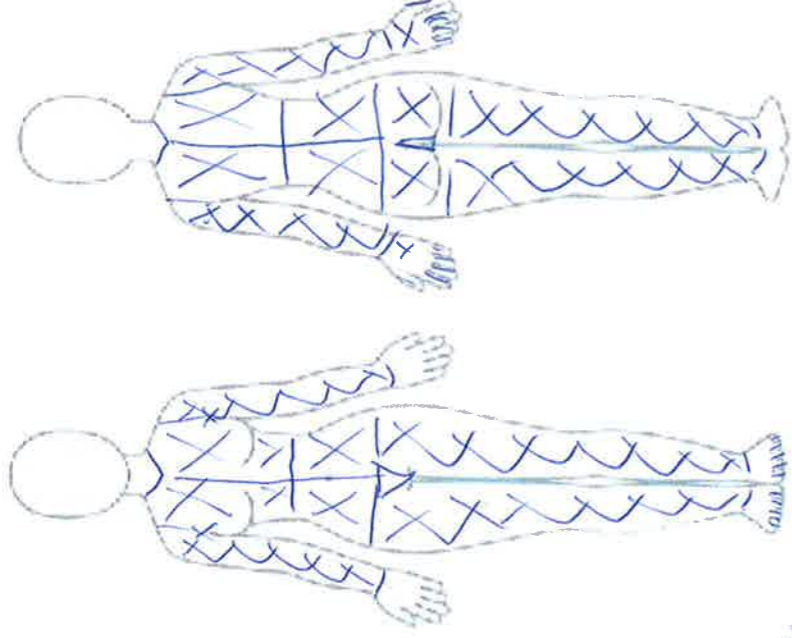
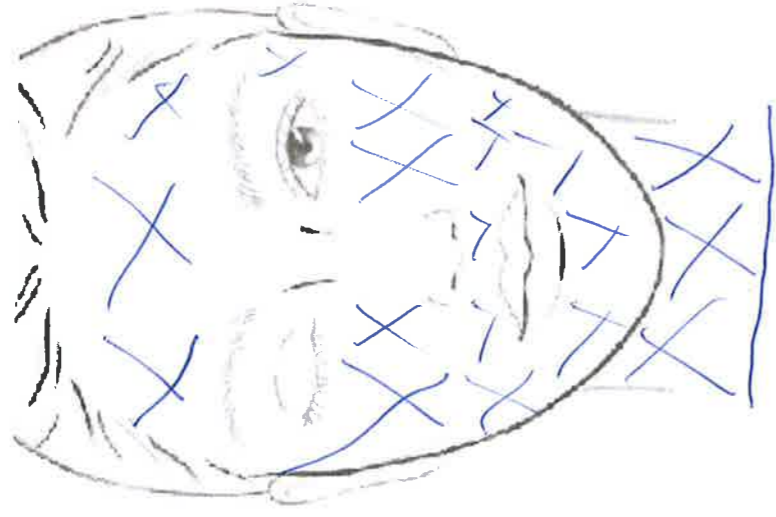
الأعراض الجانبية
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشى خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لضوء الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد اتبعت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لهما و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة رأي أمي في حال عدم بلغي السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ
٢٠١٨ / ١١ / ٥

Patient's Name: HAWRA MUOSA اسم المريض
 File Number: رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No Evaluation and consent form completed? Yes / No
 1001133. Pretreatment photography taken? Yes / No



SPOT: 16

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	5/11/18	12/12/18	25/2/19	27/5/19		
Treatment Area	FULL BODY + MEDIUM	FULL BODY + MEDIUM	FULL BODY + THIN-MEDIUM	Full body + THIN-MEDIUM		
Hair Type	Alex + NDYAG	NDYAG	NDYAG	744 (20)		
Mode	7J/m ² /15	14-16J/15-20	18J/10-12.5	17/15ms		
Fluence						
Pulse Type			FACE: 16J/12			
CNT Pulse			SKIN: 14/15			
Passes	1	1				
Starting Time	1:30 PM	1:50 PM	12:25 AM	1 PM		
Finish Time	3 PM	1:30 PM	2:40 PM	2:45 PM		
Post Treatment		PRONISO METRO FUROANT				

Therapist Name and Signature BUESIE / SEENA

Reuel

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQXO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Hawra,Moosa,Abdulrasool,Moosa	IDN:	784198747257040	Mother Name:	Fedha Ghulam Mohammad
Name (Ar)	حوراء موسى عبد الرسول موسى	Card Number:	084532317	Mother Name (Ar):	فضة غلام محمد
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	201008837
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	24/07/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	24/07/2022	Date of Birth:	05/08/1987	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

11/5/2018



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,155.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001613)

Date:05-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001133 - HAWRA MOOSA - 971501508808

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Fifty-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **1,155.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 05-11-2018

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

AED 2,310.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001614

Date: 05-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001133 - HAWRA MOOSA - 971501508808

The sum of Dhs. Two Thousand Three Hundred Ten Only

By Cash 2,310.00 / By Credit Card 0.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being ADVANCE PAYMENT FOR TWO SESSIONS FULL BODY PLUS LHR / 1150 OFFER / DEKA


ide by Ghada

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,155.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001944)

Date:12-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001133 - HAWRA MOOSA - 971501508808

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Fifty-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **1,155.00**

Bank: Cheque No.

Date: 12-12-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,155.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002756)

Date:25-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001133 - HAWRA MOOSA - 971501508808

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **1,155.00**

Bank: Cheque No.

Date: 25-02-2019

Being **FULL BODY PLUS LHR**

Made by **Rana**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,102.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003797)

Date: 27-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001133 - HAWRA MOOSA - 971501508808

The sum of Dhs. One Thousand One Hundred Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,102.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 27-05-2019

Being FULL BODY PLUS + VAT

Made by Rana

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 : 1001133 - HAWRA MOOSA - 971501508808

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