



File No: 1001153

Date: 8/11/18

Date: 8/11/2018

File Number: 1001153

Patient Name: Salma mata.r.s.harib

اسم المريض: .....

Date Of Birth: 26/6/1988 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) P.I.V.O.R.C.E.d

Nationality (الجنسية): U.A.E

Occupation (الوظيفة): .....

Address (العنوان): DUBAI

Phone No. (رقم الهاتف): 0583205710

E-MAIL: .....

How did you know about us: Google

التاريخ الطبي			
Medical Condition	الحالة الطبية		
Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل		
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	لا	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لا	
	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، 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 تعاطى أي مميئات الدم؟	لا	
	Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	نعم	
	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، 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 تعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، 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 السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
	Other conditions HSV, 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 الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يتكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكر 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 نتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحابة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أدرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية المرضية.

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 قدمته لي قسحي للملف صحيحة. و أتفهم ان أي معلومات تتعلق 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History: التاريخ المرضي:		
Allergies: الحساسية		
Medications: الأدوية		
Pregnancy: الحمل		
Previous Surgeries, Hospitalization: عمليات سابقة , ادخال المستشفى		
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N	Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis



REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO

Public Data Readed Suc

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	Salma,Matar,Gharib,Farhan,Hashel	IDN:	784198785360946	Mother Name:	
Name (Ar)	سلمى،مطر،غروب،فرحان،هشال	Card Number:	071100761	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	706002003
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	15/12/2014	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	15/12/2019	Date of Birth:	26/06/1987	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>

11/8/2018



## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز ليزر ال Q-Switch أقر أنا Salma Hashel بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

التقشير الكربوني باستخدام لوشن الكربون، يُقصد بالتقشير بالليزر هو أحد الإختصاصات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع

حمراء والبنية غير المرغوب بها والمربطة بالقدم بالنس وحالات أخرى)، تصين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إصرار الجلد، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي ح الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. يفصل علم ينصح ب3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 أسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكربون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بصفة لوشن الكربون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا لمنحة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

إزالة الوشم بالليزر.

الأورام الصبغية.

تقشير الشعر.

إزالة فطريات الإصاقر(الوضع A)

ببر إزالة الكلف (الوضع M)

معدات الإتصال للعلاج يتضمن:

تأول عطار الأيسوتريتينون (الأكوتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

لحمل والرضاعة.

الأمراض الجلدية و الإتهابات و الأورام الجلدية المرطانية في منطقة العلاج.

مشاكل في الجهاز المناعي.

الإصابة بالإيدز و التهاب الكبد الوبائي.

ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

التهاق.

مع تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة ان تحقق بعد الجلسة الاولى، ولا يتضمن الطبيب رضاي عن درجة التصن بعد عدة جلسات.

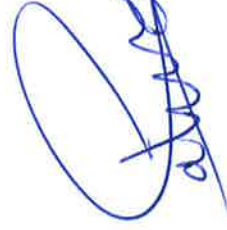
تم الفرح لي عن الحاجة الي انتهاء خطة العلاج، وانا اقيم ان النتائج قد تختلف بالنظر الي استجابتي للليزر وتطبيقي التطبيقات ما قبل وما بعد العلاج وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر ي زيتت بيا وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والحاجة بالليزر التي فرحت لي بالكامل.

يتم ان كما هناك منافع للجراء المطلوب، اقيم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/الانقاه، معانا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الي فترة شفاء.

مع ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتضمن التالي: إصرار مؤقت، تأثيرات مشابهة لتأثيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الي عدة ايام فقط. تغيرات صبغية ( بقع داكنة او حكة على الجلد) او إصرار مزمن قد يمتد من شهر الي ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكة، ألم، كدمات، إتهاب، ندوب او انتفاخ.

حكة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج. و على ايضا ابقاء عيناى مغلقتان أثناء العلاج. أقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات خطيرة.

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



التوقيع: 8-11-2018

Salma Hashel

م المريض/ولي امر المريض:



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001645)

Date:08-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001153 - SALMA HASHEL - 971582010710

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: **08-11-2018**

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 420.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001646

Date: 08-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001153 - SALMA HASHEL - 971582010710

The sum of Dhs. **Four Hundred Twenty Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **420.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Paying **ADVANCE FOR PKG CARBON 3 SESSIONS (1ST SESSION DONE)**

Made by Ghada

**Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**





مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001772)

Date:22-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001153 - SALMA HASHEL - 971582010710

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen 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 **315.00**

Bank: Cheque No.

Date: 22-11-2018

Being

Made by Ghada

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001958)

Date:13-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001153 - SALMA HASHEL - 971582010710

The sum of Dhs. **One Hundred 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 **105.00**

Bank:                      Cheque No.

Date: **13-12-2018**

Being

Made by **FATEN**

---

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002802)

Date:28-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001153 - SALMA HASHEL - 971582010710

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,050.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 28-02-2019

Being PKG 1000 + VAT ( FULL BODY/CARBON/FACIAL/SCALING&amp;POLISHING)

Made by Hiba

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