



File No: ١٥٠١١٦١

Date: ١٥ / ١١ / ٢٠١٨

Date: ١٥ / ١١ / ٢٠١٨

File Number: ١٥٠١١٦

Patient Name: Nawal Ali

إسم المريض:

Date Of Birth: ٢٤ / ١ / ١٩٨٦ Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: (الجنسية): Saudi

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): S.M. Al-Jah

Phone No. (رقم الهاتف): ٥٥٥٦٨٦٥٨٥٨٥

E-MAIL:

How did you know about us: friend

| التاريخ الطبي Medical History | | |
|---|--------------------|--|
| الحالة الطبية Medical Condition | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثة؟ | خ | |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي عقرويدات أو مثبطات المناعة؟ | خ | |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟ | خ | |
| Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تلقيت من أي أمراض؟ | خ | |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزمية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | خ | |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟ | خ | |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) | خ | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى | خ | |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تتعاطى من أي أمراض بولية أو تناسلية؟ | خ | |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | خ | |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض الكبد الأخرى | خ | |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ | خ | |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تتعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | خ | |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تتعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ | خ | |
| Other conditions HSV, HIV...etc | خ | هل تتعاطى من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحماق البسيط etc |



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 و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمراً مختلفاً عن ما ذكر في القصد الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و الدراجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو نتائج للعلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات و الإجراءات العاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أفهم أن هناك رسوم بأحد الأيدي يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسد بالكامل قبل الانتهاء من العلة.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمت به لي تقتضي إلحاق صديقي و أقدمي ان أي متطلبات تتعلق بحالتي الصحية ستتغير سرياً طالما لا يمكن الاطلاع عليها دون مراقبتي
- أقر أن لدي المعلومات الكافية لفهم هذا الاقرار و أن هذا التوقيع قد تم شرحه لي بالكامل و احي قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و احي وقعت علي تكامل ارادتي

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

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

| | | | | |
|--------------------------------|-----|---|----|-----------------------------------|
| الوزن (البن): Weight (kg): | Kg | الارتفاع (السن): Height (cm): | cm | نوعية الدم: Blood Type: |
| النبض (النبض): Pulse (bpm): | bpm | ضغط الدم (الضغط): Blood Pressure (mmHg): | / | سكر الدم: Blood Sugar (mg/dL): |

سبب زيارة المريض العيية Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

الجراحات السابقة، Hospitalization
عمليات سابقة، الخال المستشفى

التدخين (التدخين): Y / N

الكحول (الكحول): Y / N

الأدوية (الأدوية): Y / N

الملاحظات العامة والملاحظات السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

المشعيات الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp
.....

UNITED ARAB EMIRATES
Ministry of Health



دولة الإمارات العربية المتحدة
وزارة الصحة



| HEALTH CARD | | بطاقة صحية | |
|---------------|---------------------------|----------------|-----------------------|
| Health No. | 1 9 860124 7 0007 4 | الرقم الصحي | 4 0007 7 1248601 9 1 |
| Card No. | 07 05 054568 01 | رقم البطاقة | 01 054568 07 05 |
| Health Center | وأمر الحيمة | المركز الصحي | وأمر الحيمة |
| Birth Date | 24/01/1986 | تاريخ الولادة | 24/01/1986 |
| Name | NAWAL ALI IBRAHIM MOHAMAD | الاسم | نوال علي ابراهيم محمد |
| | | المهنة | ربة بيت Profession |
| | | تاريخ الانتهاء | 11/10/2020 |
| | | مجموعة الدم | Blood Group |



precisely Kindly Answer the following questions

| | |
|--|---|
| How do you better describe your skin Type | ما هو الوصف المناسب لنوع بشرتك؟ |
| <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned | <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار |
| <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned | <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار |
| <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned | <input checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار |
| <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned | <input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , 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 بسيط 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/ الايسوتريتينين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا |
| Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydrocuenon on Site? Yes / No | هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجايكوليك أو الهيدروركينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا |
| Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No | هل قمت بتفك أو كسي أو إزالة الشعر بالشمع في منة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? | هل كنت آخر 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 أي 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 / لبيروتك حاليا؟ |
| Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No | هل أجريت أي 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

Date ... / ... /

أقر أنا بالموافقة على إزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب 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 بصيلات الشعر لتصلل قدرتها على إتمام الشعر. وأفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتمتع المرضي بتعليمات العلاج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك والشمع وإزالة الشعر بالشمع والكسي و إنني اختارت 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 التفك 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 العلاجات والحساسيات 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 والتشققات. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدمر في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

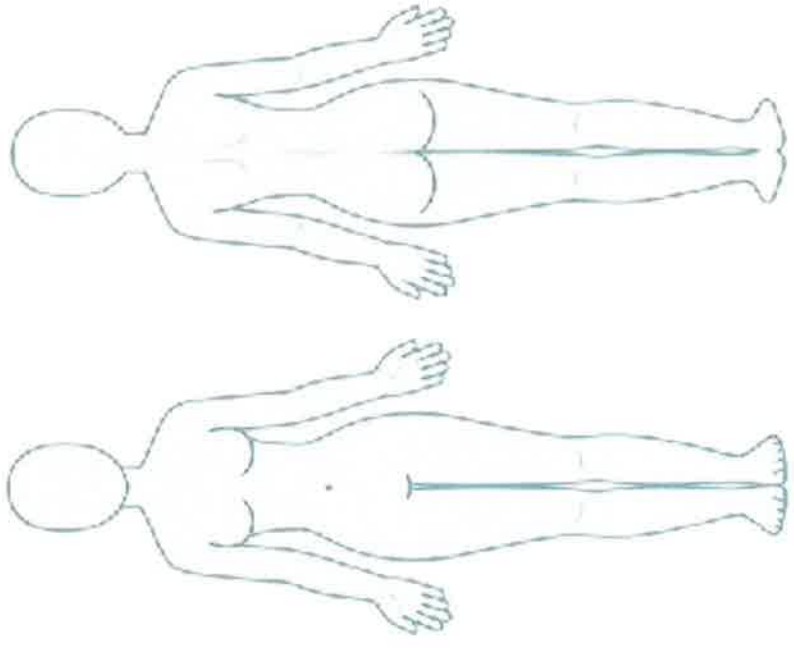
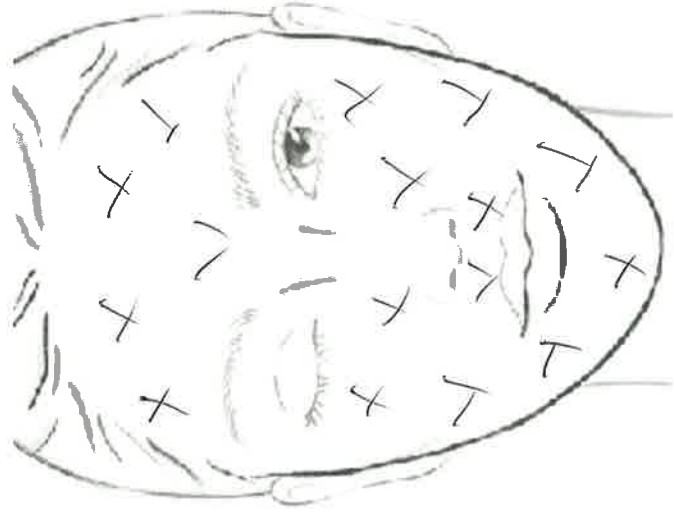
أقر أنه قد أتاحت لي الفرصة لاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الإسم والتوقيع
.....

التاريخ
..... / ... /

Handwritten signature and date.

Patient's Name: إسم 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 | 10-11-18 | | | | | |
| Treatment Area | full face | | | | | |
| Hair Type | thick dark | | | | | |
| Mode | ND Yag | | | | | |
| Fluence | 13J/cm² | | | | | |
| Pulse Type | | | | | | |
| CNT Pulse | 1 | | | | | |
| Passes | 1 | | | | | |
| Starting Time | 6:00 PM | | | | | |
| Finish Time | 6:10 PM | | | | | |
| Post Treatment | Mobo advised | | | | | |

Therapist Name and Signature 



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001658)

Date:10-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001161 - NAWAL ALI - 971506865085

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **210.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 10-11-2018

Being

Made by Ghada

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