



File No: 1001165

Date: 11 / 11 / 2018

Date: 11 / 11 / 2018

File Number: 1001165

Patient Name: A.T. houb H.u. maidi

إسم المريض:

Date Of Birth: 30 / 3 / 1988 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: (الجنسية) : U.A.E. Occupation:

Phone No. (رقم الهاتف) : 0552220730

Address (العنوان) : Sharjah

E-MAIL:

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	خ	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	خ	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	خ	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	خ	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	خ	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميغات الدم؟	خ	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لو كيميا (سرطان الدم)	خ	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	خ	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	خ	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	خ	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	خ	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	خ	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	خ	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	خ	
Other conditions: HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	خ	

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 أموراً مختلفة عن ما ذكر في القمص 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 التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فحسي للملف الصحية و أتفهم أن أي معلومات تتناقض بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي.
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار 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 فصية):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم ضغط):	/	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، اإخال للمستشفى		
Smoking: (التخين) Y / N	Alcohol (الكول): Y / N	Drugs (دعاطي): Y / N

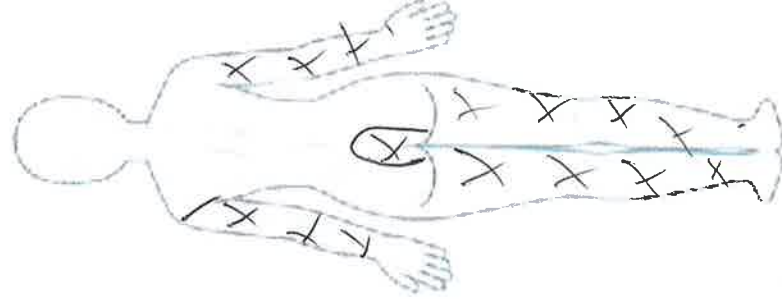
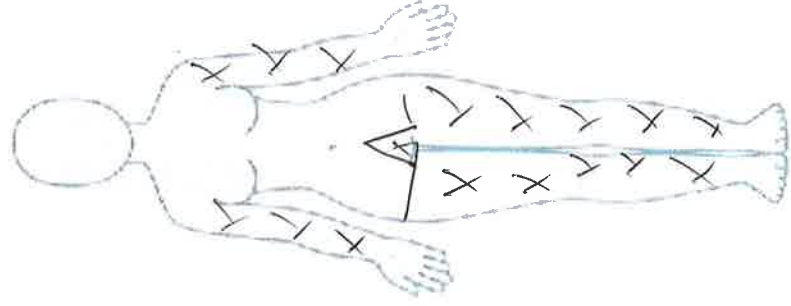
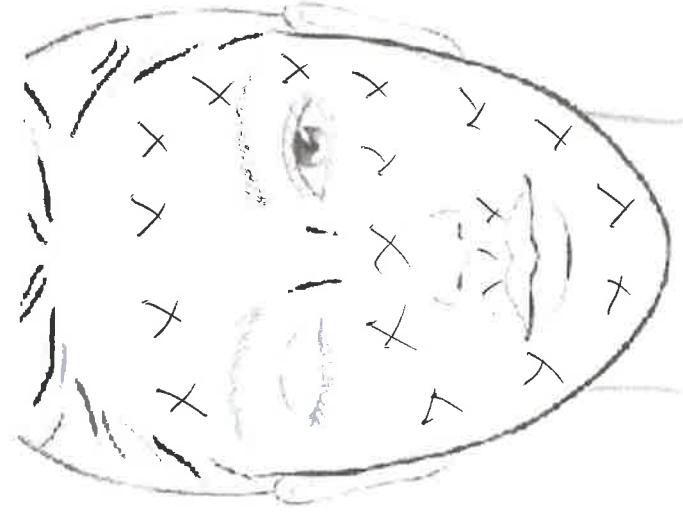
الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Patient's Name: **Athab Humaid** :اسم المريض
 File Number: # **100165** :رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No :تخفيف الألم
 Evaluation and consent form completed? Yes / No :تقييم و الموافقة
 Pretreatment photography taken? Yes / No :التصوير قبل العلاج



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	11/11/16					
Treatment Area	Full body					
Hair Type	Medium Dark					
Mode	Alex, 7AG					
Fluence	17ms 75 J/cm ²					
Pulse Type	Face 67-17ms					
CNT Pulse						
Passes	1					
Starting Time	2.15 PM					
Finish Time	3.15 PM					
Post Treatment						

Therapist Name and Signature 



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة precisely Kindly Answer the following questions

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 , قليلا الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> قليلا الاحتراق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرا الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدر؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotretinone in the last 6 months? Yes/ No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بقع أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes/ No	هل تناولت عقار الكيتان/اليسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلاليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No	هل قمت بتنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 اسابيع الماضية؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لإضاءة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل لديك أي بقعوم / تاق في منطقة العلاج؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?.....	هل تم تشخيصك سابقا بأي مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	ماهي المنتجات التي تستخدمها ليشريكه حاليا؟
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	لسيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا
	هل قمت سابقا بإجراء تجميل دائم للوجه؟ نعم / لا

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 المشاركة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر بالليزر باستخدام مستحضرات التجميل. أقر أنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التجميل لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 اسابيع على الأقل.
- الوشم و التاقو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الكيتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أقر أنه برغم التغيير الذي قد ألمحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

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

أقر أنه قد أتيت لمي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أي قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قرأتها لي و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الاسم و التوقيع
.....
.....

United Arab Emirates
دولة الإمارات العربية المتحدة
Driving License رخصة قيادة

License No. 543689 رقم الرخصة

Name: ATHOUB ABDALLA HUMAIDI BINTA
عقوب عبدالله حمادي بن نعيم الكبي
Nationality: EMIRATES الإمارات الجنسية

Date of Birth: 30-03-1988 تاريخ الميلاد

Issue Date: 06-08-2013 تاريخ الإصدار

Expiry Date: 05-08-2023 تاريخ الانتهاء

Place of Issue: SHARJAH جهة الإصدار الشارقة

مملكة البحرين
MTR315230
Issuing Authority





مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001669)

Date:11-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001165 - ATHOUB HUMAIDI - 971552220730

The sum of Dhhs. **Nine Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **900.00** / By Credit Card **45.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 11-11-2018

Being

Made by **Ghada**

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