



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,302.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005831)

Date:04-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001205 - HOUR AL HAMMADI - 971506325251

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,302.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 04-11-2019

Being **FULL BODY PLUS + SHAVING + 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 : 1001205 - HOUR AL HAMMADI - 971506325251

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



Date: 19/11/2018

File Number: 1001205

Patient Name: Hour Al Hammadi

اسم المريض:

Date Of Birth: 25/9/2007 (تاريخ الميلاد) M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: U.A.E (الجنسية)

Phone No. (رقم الهاتف): 0506325251

Address (العنوان): Sharjah

How did you know about us: Instagram

E-MAIL:

| التاريخ الطبي | |
|---|---------------|
| Medical Condition | الحالة الطبية |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟ | ⊘ |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟ | ⊘ |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟ | ⊘ |
| Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟ | ⊘ |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | ⊘ |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟ | ⊘ |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم) | ⊘ |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى | ⊘ |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ | ⊘ |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مئطع للحمل؟ هل تعقين من مشاكل في البوارة الشهرية؟ | ⊘ |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى | ⊘ |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ | ⊘ |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | ⊘ |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ | ⊘ |
| Other conditions HSV, HIV...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 وأسمح 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 ترويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في القصة الأولى والتي 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 لتتأخر العلاجات و الإجراءات الطبية أو الجميلية 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 و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالتهاب 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 قدته لي قد بقي للملف صحية و أتفهم أن أي معلومات تتفق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و أن 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 (دمية الدم): |
| Pulse (النبض): | ppm | Blood Pressure (دمية الضغط): | / | 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، إيدال للمستشفى | |
| Smoking (التدخين): Y / N | Alcohol (الكول): Y / N |
| | Drugs (العقاقير): Y / N |

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis



precisely Kindly Answer the following questions *يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة

| | |
|--|---|
| 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 type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار |
| <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned | <input checked="" type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار |
| Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No | هل ظهرت لديك سابقا علامات نوب أو جدرة ؟ نعم / لا |
| Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No | هل ظهر لديك حلا بسيط أو ينور أو تورحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا |
| Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquinon on Site?Yes/ No | هل تناولت عقار الاكوتان/اليسوتريزونين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا |
| Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No | هل استخدمت ريقين أي أو منتجات حمض الجالويكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? | هل قمت بنتف أو كمي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا |
| Do/ Did you use any tanning products? Yes / No | هل كانت اخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحماسة تسمير؟ |
| 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 وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا |
| What products you are using for your skin recently?..... | هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا |
| Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No | ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها اشريك حاليا؟ |
| For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No | هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقة؟ 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 إجراء إزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر بالليزر. أنا أفهم أن الليزر ينتج شعاعاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يمتصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر. تمتص قدرتها على أداء الشعر. وأفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع العلاج. و إنني أعلم على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكمي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر. أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تجنب إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الشمع و التفت و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات و الحساسيات و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكوتان خلال الست اشهر الماضية أو اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

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

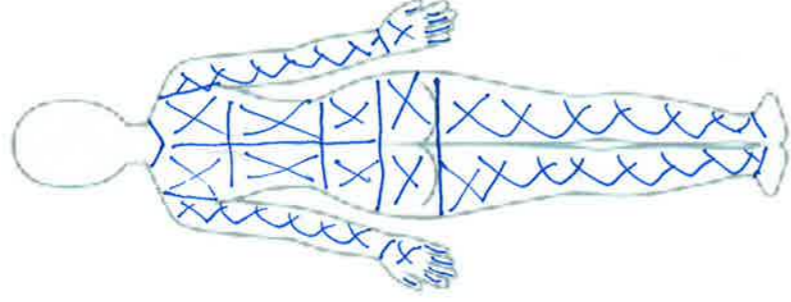
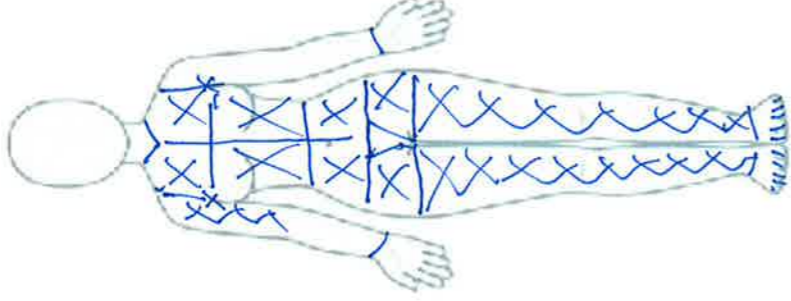
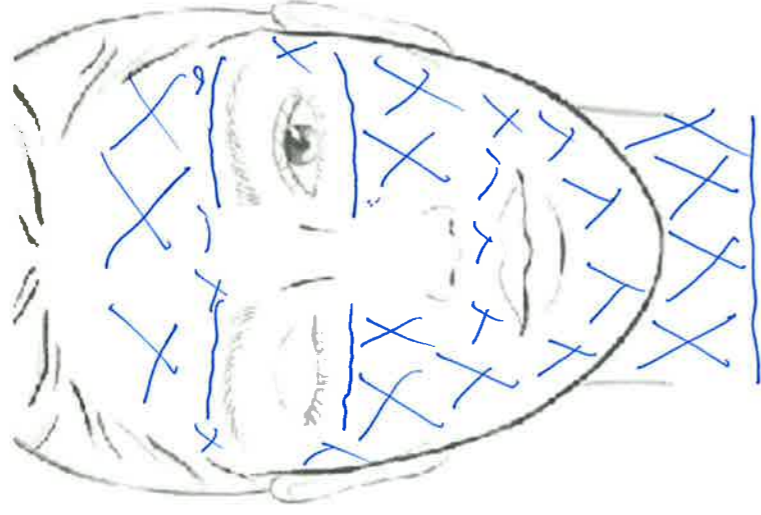
الأعراض الجانبية
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يقبض المروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلافي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص و زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تديم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أُنحيت لي الفرصة للإستفسار و توجيه الإستشارة إلى العلاج 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.

الاسم و التوقيع

التاريخ

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



SKIN TYPE: IV
 BIKINI: ✓

| | Session 1 | Session 2 | Session 3 | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|----------------|------------------|---------------|---------------------|-----------|-----------|-----------|
| Treatment Date | 19/11/18 | 3/12/18 | 4/11/19 | | | |
| Treatment Area | FULL BODY + | FULL BODY + | Full body + | | | |
| Hair Type | DARK | DARK, COARSE | Dense, coarse | | | |
| Mode | NDYAG | NDYAG | nd yag | | | |
| Fluence | 13-19 J / 15-20 | 15/20 (spot) | 13-15 (spot) | | | |
| Pulse Type | SPOT: 16-20 | BIKINI: 10/20 | BIKINI (1/20) | | | |
| CNT Pulse | | | | | | |
| Passes | 1 | 1 | Pulse-13-5 for body | | | |
| Starting Time | 12:30 PM | 3:20 PM | 7 PM | | | |
| Finish Time | 2 PM | 5 PM | 9 PM | | | |
| Post Treatment | MED + FLUORIN | | Prey: shaving done | | | |

Therapist Name and Signature BESSIE JAVIS



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,207.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001737)

Date: 19-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001205 - HOUR AL HAMMADI - 971506325251

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,207.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 19-11-2018

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

1,207.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002147)

Date:31-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001205 - HOUR AL HAMMADI - 971506325251

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,207.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 31-12-2018

Being

Made by Ghada

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