



Date: 22/11/2018 File Number: 1001222
Patient Name: A. Anna. Cardini اسم المريض
Date Of Birth: 15/08/89 Gender: M (F) (الحالة الاجتماعية): Married
Nationality: Tunisian Occupation: Cabin crew
Address: Doha, Qatar Phone No. (رقم الهاتف): 2563419650
E-MAIL: maymouga@ymail.com How did you know about us: Friends

| 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 تتلقى أي علاجات حديًا؟ | No | |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟ | No | |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟ | No | |
| Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي امراض؟ | U | |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب | U | |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟ | U | |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا | U | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى | U | |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟ | U | |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي ملتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | U | |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى | U | |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، اي امراض معوية اخرى؟ | U | |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟ | U | |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية؟ | U | |
| Other conditions HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا النسيط etc | U | |

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.

نموذج اقرار طبي

- أوافق وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي 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 الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتأجيل العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية 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 ان 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي قديمي الملف صحيحة و أتفهم ان اي 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

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):



Date: 22/11/2018 .

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

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

| | | | | |
|-----------------|-----|-------------------------------|----|----------------------------|
| Weight (الوزن): | Kg | Height (الطول): | cm | Blood Type (دم فصية الدم): |
| Pulse (النبض): | ppm | Blood Pressure (دم 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 (تعاظمي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis



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 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 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 الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا |
| Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes/ No | هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا |
| 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 منطة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? | هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ |
| 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 تستخدمونها / تستخدمها لبشرتك 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 أنت 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/ Shariah 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
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المستوف.

و أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طبقة من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعمل قدرتها على إتمام الشعر. و أتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات العلاج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر الكامل والتف و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلتفت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل و بعد العلاج.

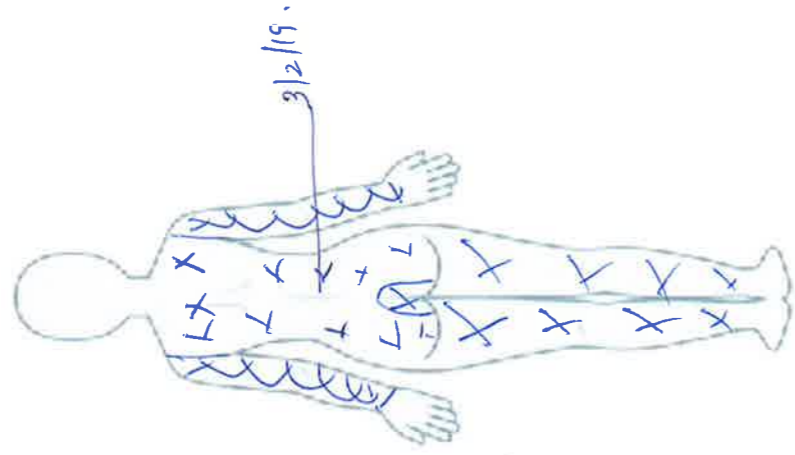
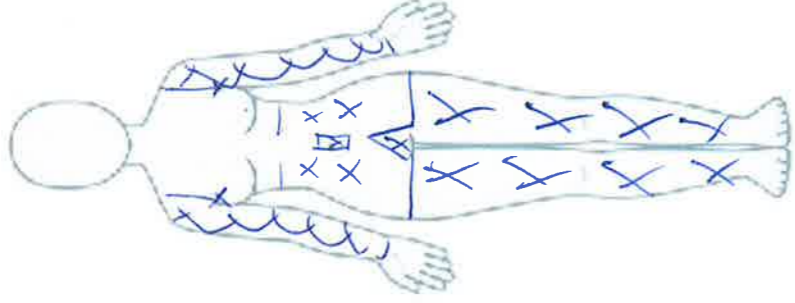
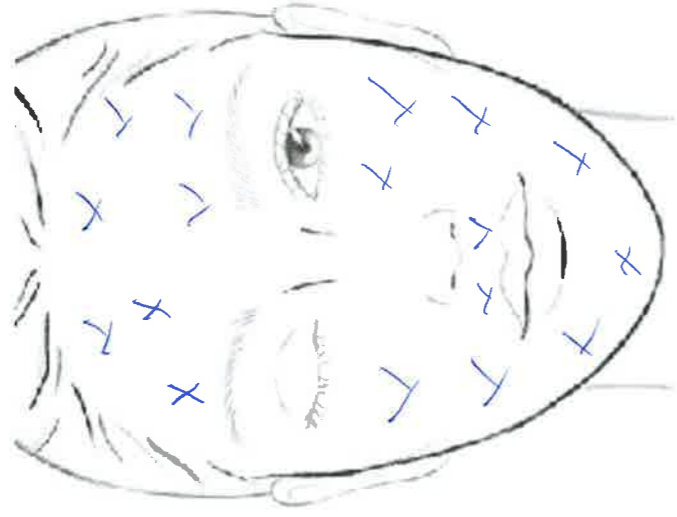
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب ٦ أسابيع على الأقل.
 - الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
 - يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة
 - الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية و أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
- أتفهم 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. و من الممكن حدوث بعض التورم و الشفقات. 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 ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
- أقر أنه قد أتيتحت لمي الفرصة للاستشارة و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و إنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لمي و أمي تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة لمي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الاسم و التوقيع
هينيت الفشاري

التاريخ

2018/11/22

Patient's Name: **AMINA** **باسم المريض**
 File Number: **#1001222** **رقم الملف**
 Pain Relief given? Yes / No **Yes**
 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 | 22/11/18 | 22/12/18 | 3/2/19 | 26/4/19 | 26/09/19 | |
| Treatment Area | Full body | Full Body | Full Body + Bik | Full Body | Same | |
| Hair Type | Thick, Medium/Dark | Thick, M-Dark | Medium | Slim/Dark | S/Medium | |
| Mode | Alex Jag | ALEX 1444 | ALEX 810 5ms | ALEX | ALEX | |
| Fluence | 7/13ms | 18/15 | 18/12 | 18/12 | 8/10-10.5 | |
| Pulse Type | | 7/12 | NOYAG-15/12.5 | NOYAG | 8/10-10.5 | |
| CNT Pulse | | | 6 SPOT | SPOT: 20 | | |
| Passes | 1 | 1 | 1 | 1 | Bikini - NOYAG | |
| Starting Time | 10:20 AM | 10:15 AM | 1 PM | 1:30 PM | 1:57/18.5ms | |
| Finish Time | 11:25 AM | | 2:10 PM | 2:30 PM | 2:35 PM | |
| Post Treatment | Mobot fluorescent | H.15Am | | | | |

Therapist Name and Signature 

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED 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 | Amina, Gdiri | IDN: | 784198964384907 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | أمينة بنت بوراوي القديري | Card Number: | 085053959 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | TUN | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | تونس | | |
| Issue Date: | 22/08/2017 | Sex: | F | Sponsor Type: | 08 |
| Expiry Date: | 21/08/2020 | Date of Birth: | 15/08/1989 | Sponsor Name: | (طيران الامارات)الموارد البشرية |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 00 |
| Residency Type: | 07 | Residency Number: | 20120147196951 | Residency Expiry: | 21/08/2020 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 5111 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

11/22/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

945.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001769)

Date: 22-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001222 - AMINA GDIRI - 971563419650

The sum of Dhs. Nine Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 945.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 22-11-2018

Being

Made by FATEN

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-001770

RECEIPT VOUCHER

AED 3,780.00

Date: 22-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001222 - AMINA GDIRI - 971563419650

The sum of Dhs. Three Thousand Seven Hundred Eighty Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 3,780.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being ADVANCE 4 SESSIONS FULL BODY LHR (DEKA (Session 900)

Made by FATEN

faten

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002038)

Date:24-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001222 - AMINA GDIRI - 971563419650

The sum of Dhs. **Nine Hundred Forty-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 **945.00**

Bank: Cheque No.

Date: 24-12-2018

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

1,155.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002509)

Date:03-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001222 - AMINA GDJRI - 971563419650

The sum of Dhs. One Thousand One Hundred Fifty-Five 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 945.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-02-2019

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 1,155.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003400)

Date:20-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001222 - AMINA GDIRI - 971563419650

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: 20-04-2019

Being FULL BODY PLUS + VAT

Made by Hiba

- 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 : 1001222 - AMINA GDIRI - 971563419650

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,155.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005213)

Date: 26-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001222 - AMINA GDIRI - 971563419650

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: 26-09-2019

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 : 1001222 - AMINA GDIRI - 971563419650

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