



Date: 28/11/2018

File Number: 1001262

Patient Name: Halima Mohamed Almagabi

اسم المريض: Halima Mohamed Almagabi

Date Of Birth: 20/10/1978

Gender: M (F)

Marital Status: (الزوجة الاجتماعية): M (F)

Nationality: UAE

Occupation: Teacher

Address: Suwayh

Phone No. (رقم الهاتف): 05061194001

E-MAIL: w.m.k.h.a.l.f.a.s@hdm.ae.com

How did you know about us: Google

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 حثيثاً؟	نعم ✓	حطرات للعين
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا ✗	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا ✗	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	نعم ✓	جرمحة في العين زرع زرع قرنية
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 تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا ✗	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا ✗	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، 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 انت حامل؟ هل تتعاطين أي ممانع للحمل؟ هل تعطين 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 Other conditions HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا السيط...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 تزيدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف 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 الجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون محاصحة للفحوصات و الاجراءات 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 لدي قمتي الملف صحية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم 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 2018.11.28

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):	/	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 ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (العقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

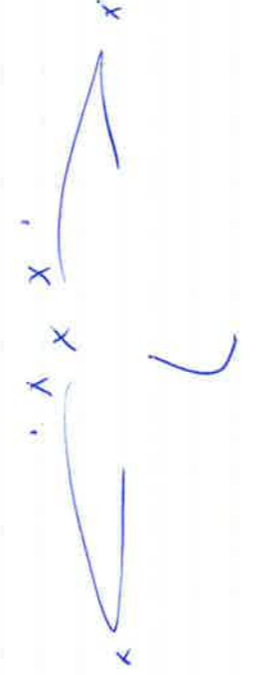
التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

1.5ml 1 Box Renu
for jaw line



→ Bolox prony dan



Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI
D50047
Specialist Dermatology

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO*

Public Data Readed Succ

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	Halima,Mohamed,Rashed,Alnaqbi	IDN:	784197816495739	Mother Name:	Fatima Othman
Name (Ar)	حليمة محمد راشد النعبي	Card Number:	089931418	Mother Name (Ar):	فاطمة عثمان
Title:		Nationality (Ar):	ARE	Family ID:	304003629
Title (Ar):			الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	10/07/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	10/07/2023	Date of Birth:	20/10/1978	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	2331	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

11/28/2018



Kindly Answer the following Questions Precisely

يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بدقة

Are you pregnant or breast feeding? Yes / No	هل أنت حامل أو تقيمن بالإرضاع حالياً؟ نعم / لا <input checked="" type="radio"/>
Do you have a history of allergy or anaphylaxis? Yes / No	هل لديك أي حساسية؟ نعم / لا <input checked="" type="radio"/>
Are you currently receiving any Medical Treatment? Yes / No	هل تتلقى أي علاجات حالياً؟ نعم / لا <input checked="" type="radio"/>
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الإجابة نعم، أذكر بالتفصيل..... <u>عطر، مستحضر، في العين</u>
Have you previously received any aesthetic treatment? Yes / No	هل قمت سابقاً بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا <input checked="" type="radio"/>
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الإجابة نعم، أذكر بالتفصيل..... <u>رفع جفون (عذيق) هيلير، بوتوكس</u>
Have you ever done any treatment with botox or filler? Yes / No	هل قمت سابقاً بأي علاج باستخدام البوتوكس أو الفيلر؟ نعم / لا <input checked="" type="radio"/>
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الإجابة نعم، أذكر بالتفصيل..... <u>في الوجه (هيلير، هيلير، تكسانين)</u>
What Areas are treated and when?.....	ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟..... <u>الوجه</u>
Did you suffer any side effects after treatment?.....	هل عانيت من أي أعراض جانبية بعد العلاج؟..... <u>لا</u>
Have you ever suffered from any auto immune disease? Yes / No	هل عانيت من أي أمراض مناعية؟ نعم / لا <input checked="" type="radio"/>
Do you have any skin infections or inflammations? Yes / No	هل تعاني من أي التهابات أو أمراض جلدية؟ نعم / لا <input checked="" type="radio"/>
Do you take any aspirin, steroids or anticoagulant? Yes / No	هل تتناول أي ستيرويدات أو أسبرين أو مميعات للدم؟ نعم / لا <input checked="" type="radio"/>
Do you have any allergy, specially to Hyaluronic acid, Amide Local Anesthesia or Lidocaine? Yes / No	هل تعاني من أي حساسية خصوصاً تجاه حمض الهياورنيك أو التخدير الموضعي أو الليدوكين؟ نعم / لا <input checked="" type="radio"/>
Do you suffer of Hypertrophic Scarring? Yes / No	هل تعاني من تضخم الندب؟ نعم / لا <input checked="" type="radio"/>
Do you suffer any cardiac disorders? Yes / No	هل تعاني من أي مشاكل أو أمراض قلبية؟ نعم / لا <input checked="" type="radio"/>
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الإجابة نعم، أذكر بالتفصيل.....

I hereby consent that I have come to orchid medical center for Treatment with Botox / Filler.

أقر أنني قد حضرت إلى مركز أوركيد الطبي للحصول على العلاج باستخدام حقن البوتوكس و الفيلر.

I understand this is an elective procedure and I hereby voluntarily consent to treatment with dermal fillers for facial rejuvenation, lip enhancement, establish proper lip and smile lines, and replacing facial volume, or remove any unwanted wrinkles around eyes and forehead. The procedure has been fully explained to me. I also understand that any treatment performed is between me and the doctor/healthcare provider who is treating me and I will direct all post-operative questions or concerns to the treating clinician. I have read the above and understand it. My questions have been answered satisfactorily. I accept the risks and complications of the procedure and I understand that no guarantees are implied as to the outcome of the procedure. I also certify that if I have any changes in my medical history I will notify the doctor/healthcare professional who treated me immediately.

أقر أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل، وأني سوف أوجه جميع الامتة والاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد العملية.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا لقرار و التقييم (أو تمت قرأته لي و أنا على علم بحتوا) و إن جميع استلتي و استفساراتي قد أُجيبت بالكامل وبشكل مرضٍ،

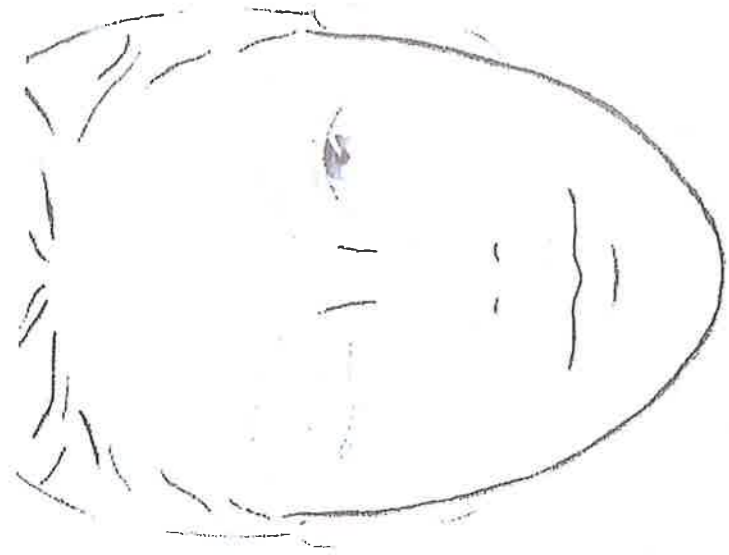
لا ضمانات قد قدمت لي بنتائج هذا الإجراء الطبي، و أشيد أنني قد أعطيت المعلومات في هذا النموذج بشكل كامل و صحيح و لني التحمل مسؤولة التبليغ في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

Patient Name and Signature

إسم المريض و التوقيع

Date: ... / ... /

التاريخ: 2018.1.28



Filler Injection Log

Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

Botox Injection Log

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

2,520.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001838)

Date:28-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001262 - HALEMA ALNAQBI - 971506494001

The sum of Dhs. Two Thousand Five Hundred Twenty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,520.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 28-11-2018

Being

Made by Ghada

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