



Date: 28/11/2018

File Number: 1001265

Patient Name: Fatima Al-Yamamah

إسم المريض

Date Of Birth: 20/12/1985 Gender: M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: (الجنسية): S.A.S

Phone No. (رقم الهاتف): 0557033929

Address (العنوان): Sharjah

How did you know about us: (كيف عرفتكم)

E-MAIL:

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؟	✓	دواء الغدة الدرقية
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 النزف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	✗	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) لويميا (نقر الدم)،	✗	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، 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 مفتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة 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 HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا 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.
- 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 الفحص 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 لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام 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 قضي الملف صحيحة و أتفهم ان اي معلومات تتناقى بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و لي 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 (مفطظ 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 ، ائخال للمستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكول): Y / N

Drugs (تعاظي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

Free Consult

for nose filler + freckles
with flutaban

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI
D50047
Specialist Dermatology

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEaIOEBAA83ODQXO

Public Data Readed Successful

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	Fatima, Ahmed, Saif, Obaid, Alyammahi	IDN:	784199598086413	Mother Name:	
Name (Ar)	فاطمة أحمد سيف عبد الباقى	Card Number:	091635173	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	ARE	Family ID:	305002265
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	06/11/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	06/11/2023	Date of Birth:	20/12/1995	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	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 بشكل دقيق

Are you pregnant or breast feeding? Yes / No	هل أنت حامل أو ترضع بالإنسان؟ 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؟ لا <input checked="" type="radio"/>
If Yes, provide more details	الفترة البرقية
Have you previously received any aesthetic treatment? Yes / No	هل قمت سابقاً بأي إجراء تجميلية؟ نعم / لا <input checked="" type="radio"/>
If Yes, provide more details	
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	
What Areas are treated and when?	أنا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Did you suffer any side effects after treatment?	ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟ هل عانيت من أي أعراض جانبية بعد العلاج؟
Have you ever suffered from any auto immune disease? Yes / No	هل عانيت من أي امراض مناعية؟ نعم / لا <input checked="" type="radio"/>
Do you have any skin infections or inflammations? Yes / No	هل تعاني من أي التهابات او امراض جلدية؟ نعم / لا <input checked="" type="radio"/>
Do you take any aspirin, steroids or anticoagulant? Yes / No	هل تتناول اي ستيرويدات او اسبرين او 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 الهالورنيك أو التخدير الموضعي أو الليدوكاين؟ 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 او امراض قلبية؟ نعم / لا <input checked="" type="radio"/>
If Yes, provide more details	

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 و أنني سوف أوجه جميع الاسئلة و الاستفسارات الي الطبيب المعالج قبل و بعد العلاج.
أقر أنني قد قرأت مضمون هذا لقرار و التقييم (أو تمت قرأته لي و أنا على علم بخطر) و ان جميع اسئلتني و استفساراتي قد أجيبت بالكامل وبشكل مرضي، مطروها أو إعادة تقاضوس الوجه. أو لخداع التجاعيد في منطقة الجبهة و حول العين.

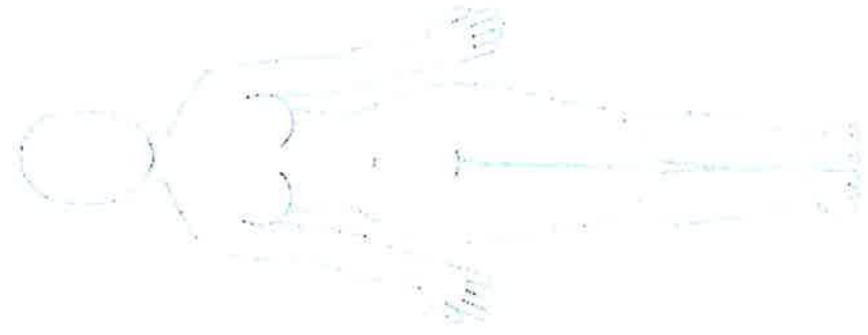
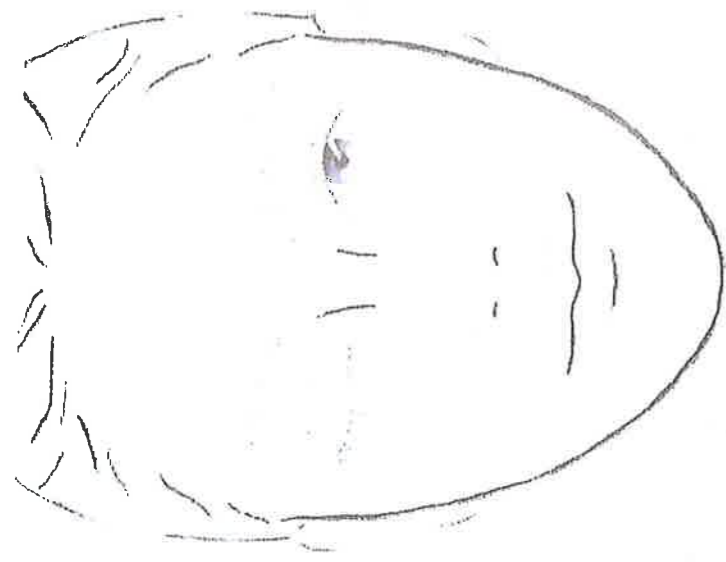
أقر أنني على علم بكامل الاخطار و المضاعفات التي قد تنتج عن هذا العلاج و أتقدم ان لا ضمانات قد قدمت لي بنتائج هذا الاجراء الطبي.
و أشهد أنني قد أعطيت المعلومات في هذا النموذج بشكل كامل و صحيح و أنني اتحمل مسؤولية التبليغ في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

Patient Name and Signature

اسم المريض و التوقيع

Date: ... / ... /

التاريخ: ... / ... /



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

.....