



Date: 11 / 12 / 2018

File Number: 1651365

Patient Name: Maxiam Mohamed Habib

اسم المريض:

Date Of Birth: 07 / 12 / 1992 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: Egypt (الجنسية) Occupation: (الوظيفة)

Address: Shoubra

Phone No. (رقم الهاتف): 0561871197

E-MAIL: (العنوان)

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 الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	8	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	8	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	8	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	8	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	8	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	8	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	8	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	8	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	8	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعطين من مشاكل في النورة الشهرية؟	8	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	8	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	8	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	8	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	8	
Other conditions HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا السسيط etc	8	

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 المؤلف.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي 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 الجميلية المقدمة لي، كما أفهم 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 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 ائتمانه من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدى قمتي للملف صحيحة و أفهم أن أي معلومات تتناقض بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا الأقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارائتي

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):
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (دم): /	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 , احوال المستشفى		
Smoking (التدخين) : Y / N	Alcohol (الكحول) : Y / N	Drugs (تعاطي العقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQxO

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	Mariam Mohamed,Abdelfatah,,,Mahmoud Harb	IDN:	784199271907463	Mother Name:	
Name (Ar)	مريم محمد عبدالفتاح محمود حرب	Card Number:	091823249	Mother Name (Ar):	
Title		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	19/11/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	16/11/2020	Date of Birth:	07/12/1992	Sponsor Name:	محمد ابراهيم احمد المعاز
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0171548653
Residency Type:	03	Residency Number:	20120183366416	Residency Expiry:	16/11/2020
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

12/11/2018



precisely Kindly Answer the following questions تجبى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟ <input checked="" type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No Have you Taken Akutan or Isotretinone in the last 6 months? Yes/ No Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquinone on Site?Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات نوب أو جدرة؟ نعم / لا هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا هل تناولت عقار الاكيتان / ايسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا هل استخدمت ريتين اي أو منتجات حمض الجلوكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No Did you get exposed to sun or got tanned lately? Do/ Did you use any tanning products? Yes / No Do you Have any tattoos on site? Yes / No Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No What products you are using for your skin recently?..... Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت بتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في حصة العلاج خلال ال 6 اسابيع الماضية؟ نعم / لا متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لضوء الشمس لمدة طويلة أو قمت بحضرة شمسية؟ هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حاليا؟ هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا للسيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا 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 أنني قد وافقت على إزالة الشعر غير المرغوب فيه في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتقدم.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتسقط قوتها على أنهاء الشعر. وأنهم إن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالطرق والتف والكريمات وإزالة الشعر بالشمع و إني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تفهيت التعليمات التالية:
 - لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
 - يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتف قبل العلاج ب 6 اسابيع على الأقل.
 - الوشم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
 - يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والحساسيات ونوع البشرة
 - الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
 إنهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

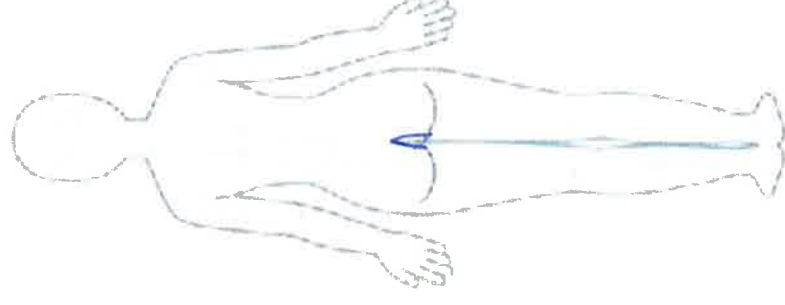
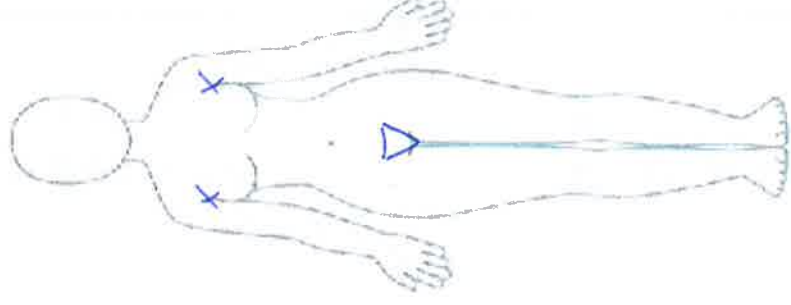
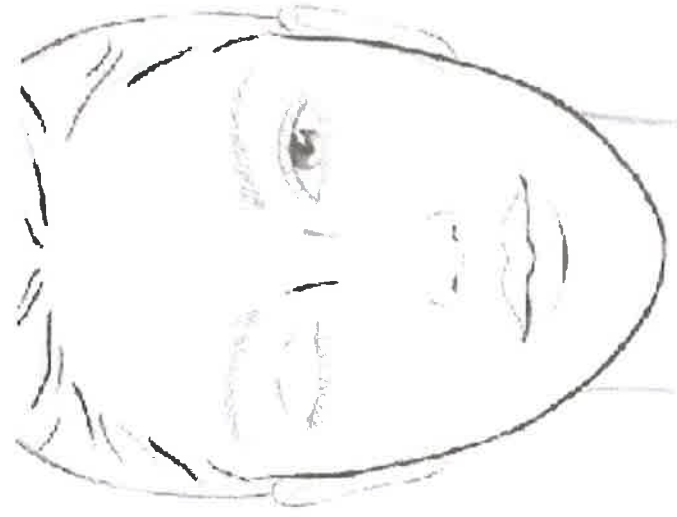
الأعراض الجانبية
 قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق، ومن الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيتحت لمي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لمي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري، أو حصلت على موافقة ولي أمرمي في حال عدم بلغي السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ

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



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	11/12/18					
Treatment Area	UNDERARM, FULL BIKINI					
Hair Type	MEDIUM					
Mode	5-7.5 / 15					
Fluence	MAX					
Pulse Type						
CMT Pulse						
Passes	1					
Starting Time	2:30 PM					
Finish Time	8:50 PM					
Post Treatment	ADVISED MEAD					

Therapist Name and Signature BUESSIE



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001943)

Date:11-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001305 - MARIAM HARB - 971561871197

The sum of Dhs. Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 472.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 11-12-2018

Being

Made by Ghada

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