



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

Date: ٢٠١٨ / ١٢ / ٢٤
Patient Name: Kuloud AL jsmi
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ١٢ / ١٢ / ١٩٨٧ Gender: M / F
Nationality (الجنسية): U.A.E. Occupation: Sharjah
Address (العنوان): Sharjah
E-MAIL: F.i.s.kd

File Number: ٦٠١٣٥٢

اسم المريض: ٦٠١٣٥٢

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Phone No. (رقم الهاتف): ٥٥٦ ٢٥٥٥٨٧٧

How did you know about us: F.i.s.kd

التاريخ الطبي	Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كفت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
الحالة الطبية <td>Medical Condition</td> <td></td> <td></td>	Medical Condition		
هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	Recent or current drugs/Medical Treatment	لا	
هل تعاطى أي سترويدات أو منبهات المناعة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant	لا	
هل لديك أي حساسية؟	Allergies	لا	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي امراض؟	Surgical Operations, Serious Illness	لا	
جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	لا	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات الدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	لا	
انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia	لا	
امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، انسل، امراض اخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	لا	
هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	Renal Urinary, Sexually transmitted disease	لا	
هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	لا	
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	لا	
قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	لا	
هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease	لا	
هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes	لا	
هل تعاني من أي امراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	Other conditions HSV, HIV... 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.

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و الموافقة.
- 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 نكر 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 الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون محسبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أؤكد 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 قدمت لي فتحي الملف صحياً و تفهم أن أي معلومات تتعلق بحياتي الصحية ستبقى سرية تماماً إلا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي.
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بأكمل اراضي

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

Date: ... / ... /

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

التاريخ: ٢٠١٨ / ١٢ / ١٥

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg Height (الطول): cm Blood Type (دم):
Pulse (النبض): ppm Blood Pressure (دم): / Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة , اذخالم للمستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (دوائ): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp



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 الاحتراق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عنيدة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جذرة؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تورحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotretinoin in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquinon 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 بتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately?	متى 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 تستخدمها / 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/ 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 بقدمي الى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور. وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر. تتعمل قدرتها على إنهاء الشعر. وأتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج، و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اختارت إزالة الشعر بالليزر. أقر بأنني قد تقيمت التعليمات التالية: - لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج. - يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل. - الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر. - يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً و يشمل ذلك العلاجات و الحساسيه و نوع البشرة - الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو 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 الحرقه، و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات، و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بض 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.

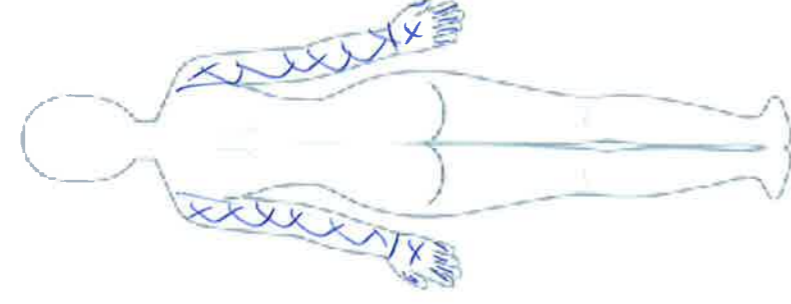
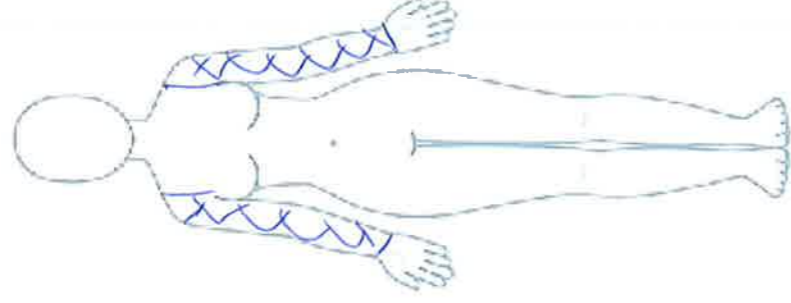
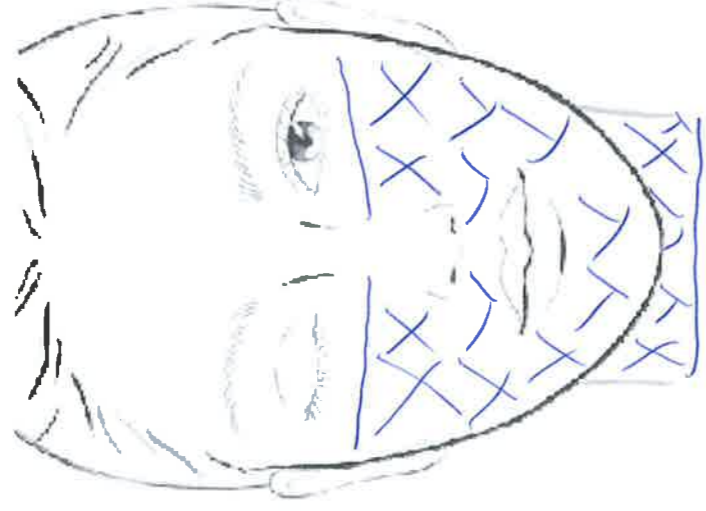
أقر أنه قد أتيتحت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي، و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري، أو حصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

الإسم و التوقيع
جلود الصبي

التاريخ

2014/04/05

Patient's Name: Kuloud AL JASMI 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 N-V

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	25/12/18	28/8/19	25/9/19	27/9/19		
Treatment Area	FACE & FULL ARMS	FACE / F. leg	full leg	Full leg		
Hair Type	MEDIUM	M/THICK	THICK D	H/D		
Mode	ND/AS	NO YA-6	ND/10020	NO yay 10.		
Fluence	FACE: 26/40	face 18/18	13/20 leg	19 J/15ms		
Pulse Type	SPOT: 10	THICK D	loc			
CNT Pulse	SPOT: 20	leg - VIKNI	16 J/15ms.			
Passes	1	100/burst	upper leg.	1 pass		
Starting Time		2 pass				
Finish Time		Handaid	Handaid	Handaid		
Post Treatment	MESO + FUCION	Handaid guy MESCIE	Handaid 6.15pm guy	Handaid		

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

594.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002061)

Date: 25-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001352 - KHULLOUD AL JASMI - 971562000897

The sum of Dhs. Five Hundred Ninety-Four Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 594.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-12-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,312.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004870)

Date:28-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001352 - KHULLOUD AL JASMI - 971562000897

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

By Cash **1,312.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date: 28-08-2019

Being **3 SESSION FULL LEGS LASER + 1 SESSION FULL FACE + 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 : 1001352 - KHULLOUD AL JASMI - 971562000897

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