



Date: 26/10/2019  
Patient Name: Ola fissa zaky Alayousha  
Date Of Birth: 05/10/1987 Gender: M (F)  
Nationality: Jordan  
Address: Ajman  
File Number: 001354  
اسم المريض:  
(الحالة الاجتماعية):  
Phone No. (رقم الهاتف): 0588331006  
How did you know about us: friend

التاريخ الطبي	Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كنت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
الحالة الطبية <td>Medical Condition</td> <td></td> <td></td>	Medical Condition		
هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Recent or current drugs/Medical Treatment	لا	
هل تتعاطى أي منبهات للمناعة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant	لا	
هل لديك أي حساسية؟	Allergies	لا	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطت من أي أمراض؟	Surgical Operations, Serious illness	لا	
جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	لا	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مسيلات للدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	لا	
انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia	لا	
أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السعال، أمراض أخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	لا	
هل تعاطت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	لا	
هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	لا	
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	لا	
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	لا	
هل تعاطت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease	لا	
هل تعاطت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes	لا	
هل تعاطت من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحماق 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 of 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 أوسع 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 يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نذكر 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 لتنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التشخيصية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون محتملة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الصلابة

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 قدمت لي بقضي للهدف صحيحة و تفهم ان أي معلومات تتطابق بمحتلي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفصاح عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت علي كامل ارادتي

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

التاريخ: ... / ... / .....

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

التاريخ المرضي: Disease History

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة , ادخال 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

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp



United Arab Emirates



دولة الإمارات العربية المتحدة

Resident Identity Card

بطاقة هوية مقدم



ID Number / رقم الهوية /  
784-1987-6909043-6



الإسم: علا عيسى زكي الجاروشه

Name: Ola Eissa Zaky Eljarousha

الجنسية: الأردن

Nationality: Jordan





precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟	لا / نعم
How do you better describe your skin Type	
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	
<input checked="" type="checkbox"/> Always Burned , Never Tanned	
<input type="checkbox"/> Little Burned , Always Tanned	
<input type="checkbox"/> Flarely Burned , Always Tanned	
هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا	لا / نعم
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	
هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا	لا / نعم
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	
هل تناولت عقار الكيتان/ الأيسوترتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا	لا / نعم
Have you Taken Akutan or Isotretinone in the last 6 months? Yes/ No	
هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟	لا / نعم
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquinon on Site?Yes/ No	
هل قمت بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا	لا / نعم
هل قمت بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا	لا / نعم
هل ظهرت لديك سابقا باي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا	لا / نعم
هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا	لا / نعم
هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا	لا / نعم
هل تم تشخيصك سابقا باي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا	لا / نعم
هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا	لا / نعم
هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقة؟ نعم / لا	لا / نعم
هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقة؟ نعم / لا	لا / نعم
السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا	لا / نعم
السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا	لا / نعم
هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للحيه؟ نعم / لا	لا / نعم
هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للحيه؟ نعم / لا	لا / نعم

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

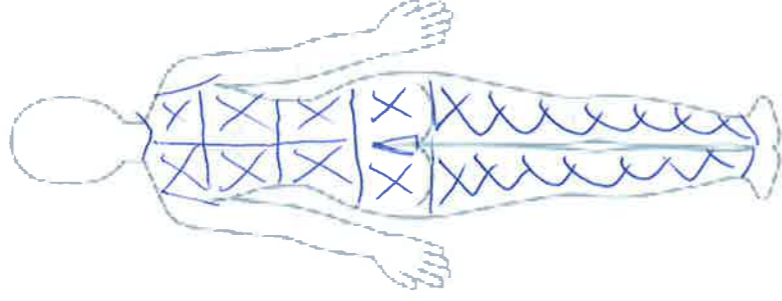
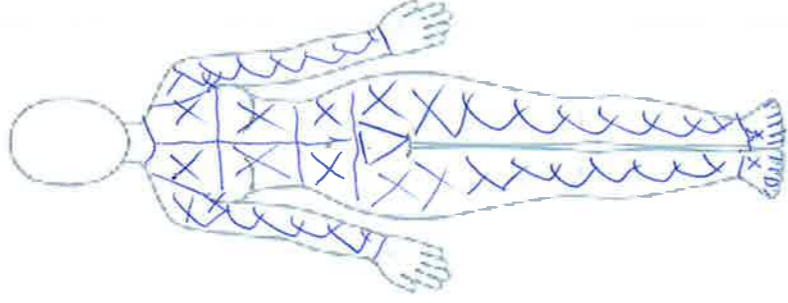
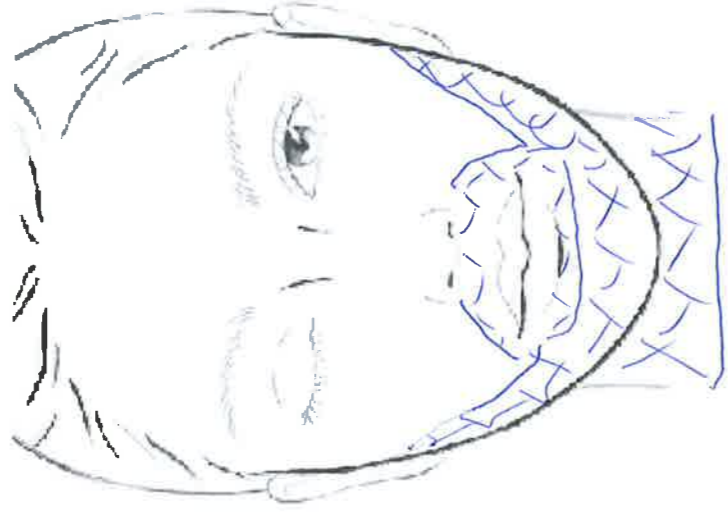
أقر أنا ..... بقدمي الى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور. وأنهم إن أشعة الليزر تنتج طبقة من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين ينع امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. وأنهم إن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك والتفك والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكلي وإني اخترت إزالة الشعر بالليزر. أقر أنني قد تلقيت التعليمات التالية: - لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل وبعد العلاج. - يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفك قبل العلاج ب ٦ أسابيع على الأقل. - الوشم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر. - يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات والحساسية ونوع البشرة - الأشخاص الذين تناولوا عقار الكيتان خلال الست أشهر الماضية أو اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر. أنهم 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 والتشققات. وهذه 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 واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس. أقر أنه قد أتيت لي الفرصة لاستفسار وتوجيه الأسئلة الى المعالج المختص وأنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. وأنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ



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



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	26/12/18	28/1/19	28/2/19	22/07/19		
Treatment Area	FULL BODY + MEDIUM	FULL BODY + MEDIUM - THIN	FULL BODY + THIN	Half Arms - Bikini		
Hair Type	MEDIUM	MEDIUM - THIN	THIN	Thin		
Mode	ALEX	ALEX	ALEX	ALEX		
Fluence	6-7 J / 10-20	6-8 J / 10-17	7-8 J / 10-15	7 J / 12 ms		
Pulse Type	SPOT: 20	SPOT: 20	SPOT: 20			
CNT Pulse						
Passes	1	1	1	1		
Starting Time	11:15 AM	12:30 PM	5:15 PM	4:10 PM		
Finish Time	12:50 PM	1:45 PM	6:50 PM	4:25 PM		
Post Treatment	ADDED MEB0 + FUCIOLIN					

Therapist Name and Signature ..... BESSIE .....



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,155.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002066)

Date:26-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001354 - OLA ELJAROUSA - 971588331006

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Fifty-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,155.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 26-12-2018

Being

Made by **FATEN**

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



مركز أوركيڤد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-002067

RECEIPT VOUCHER

AED 1,155.00

Date: 26-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001354 - OLA ELJAROUSHA - 971588331006

The sum of Dhs. One Thousand One Hundred Fifty Five Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,155.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE PACKAGE FOR FULL BODY PLUS LHR (900 PER SESSION + 200 )- DEKA - NON- REFUNDABLE**Made by **FATEN****Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,155.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002441)

Date:28-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001354 - OLA ELJAROUSHA - 971588331006

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: 28-01-2019

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,207.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002803)

Date:28-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001354 - OLA ELJAROUSHA - 971588331006

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,207.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:                      Cheque No.

Date: **28-02-2019**Being **full body with front and back**Made by **Rana**

---

**Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)****[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**