



Date: 27/12/2018

File Number: 1001364

Patient Name: Noora Al Ali

إسم المريض:

Date Of Birth: 9/11/1995

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Gender: M / F

Nationality: Cameroun

Occupation:

Address (العنوان): Shargah

Phone No. (رقم الهاتف): 3215479

E-MAIL:

How did you know about us: Friend

التاريخ الطبي Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كتبت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition		
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا	
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؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، 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 مسيّعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (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 أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، 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 هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HIV, HSV...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 الموكل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل 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 اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي. كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعمليات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم 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 قدمته لدى قبضي للملف صحيحة و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم 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 اراضي

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

التاريخ: ... / ... /

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة , ائحال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography التصوير الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
27/12	Advance 2 Sessions Full body (Deka)	1800	0	
12/1/19	LHR Full body 1st session done			
22/1/2019				
	Coupon for Scaling & polishing			Dr. Daba
16/2/19	LHR Full body 2nd session done			Baana
13/4/19	LHR Full body (DEKA)			
2/6/19	LHR Full body (Deka)			
19/19	LHR full arms, neck, Pakm			
30/12	LHR full leg w/ Creaming			

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
الخصائي الجلدي
Dermatology specialist
MOH License No: 7826
Orchid Medical Centre Al Tabbaa
مركز اوركىد الطبي
Dermatology specialist
MOH License No: 7826
Orchid Medical Centre



United Arab Emirates

دولة الإمارات العربية المتحدة

Driving License

رخصة قيادة



سلطة الترخيص
SHTR23330
Issuing Authority

License No. 585548

رقم الترخيص

Name NOORA ALI SALEH ALALI

الاسم نورا علي صالح العلي

Nationality COMOROS

الجنسية جزر القمر

Date of Birth 09-11-1986

تاريخ الميلاد

Issue Date 05-10-2015

تاريخ الإصدار

Expiry Date 03-10-2022

تاريخ الانتهاء

Place of Issue SHARJAH

جهة الإصدار الشارقة



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 , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input 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 جدر؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو قرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتونين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquenon 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?	هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا
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 وشموم / 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 تستخدمونها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟.....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقة؟ 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 بالشراكة لزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طبقة من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين تخترق امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قهرتها على انهاء الشعر.

أتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشموم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية و أي عقاقير تمنعهم من

التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألمحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحرق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاطمح خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدم في حال حدوثها. و يتصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيحت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوعي السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

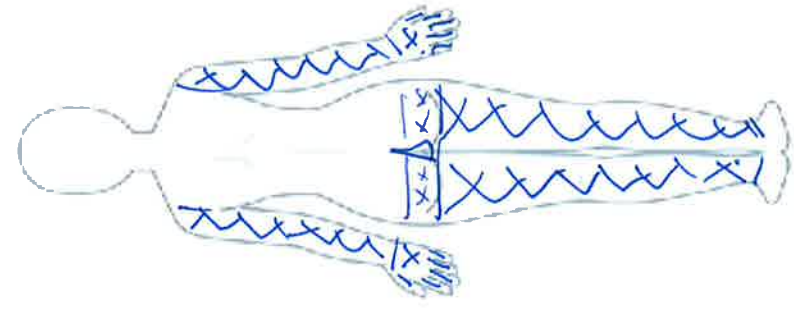
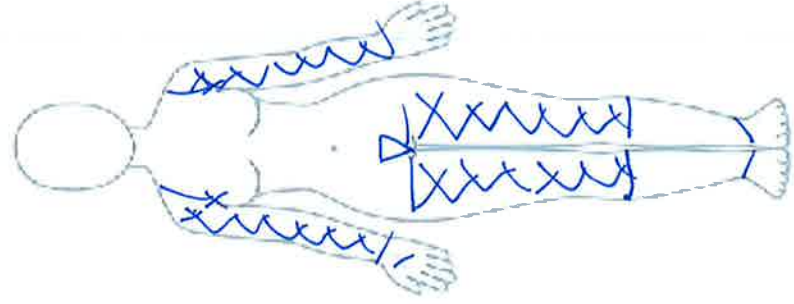
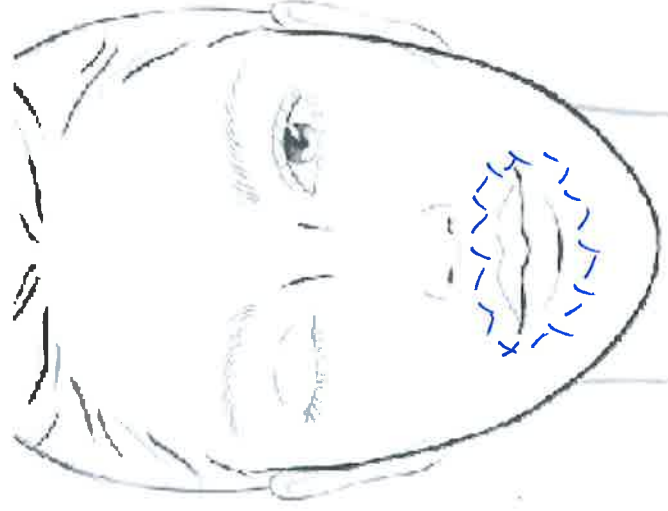
..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

Patient's Name: Noora Aci اسم المريض:
 File Number: #1001364 رقم الملف:
 Pain Relief given? Yes / No Yes تخفيف الألم:
 Evaluation and consent form completed? Yes / No Yes التقييم والصيغة:
 Pretreatment photography taken? Yes / No Yes التصوير قبل المعالجة:



12/1/19
 * LOWER FRONT LEG w/ HENNA;
 NOT DONE

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6	
Treatment Date	12/1/19	16/2/19	13/4/19	2/6/19	1/9/19	30/1/20	
Treatment Area	FULL BODY	FULL BODY	FULL BODY	full body	Full arms, axilla	Full leg, axilla	
Hair Type	MEDIUM	M	M	M THICK	Bikini	Penalty area	
Mode	ALEX	ALEX	ALEX	ALEX (20)	ALEX 20	ALEX 20	
Fluence	7J/13	7J/13	8/10-12	8/15ms	8/15ms	8/10.5	
Pulse Type			(Spontaneous)	Bikini	Bikini	Bikini	
GNT Pulse			Bikini (VAG)	13/17ms	13/17ms	Bikini	
Passes	1	1	12/20	12ms	3pm	7/11ms	
Starting Time	2:50 PM	2:50 PM	12N	12ms	3pm	3pm	
Finish Time	3:50 PM	3:00 PM	1pm	1-15-19			
Post Treatment		Beers	Beers	Beers	Fruit	Hmeda	
Therapist Name and Signature	BESSIE						Bees

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,890.00

RECEIPT VOUCHER

No : REC-002096

Date: 27-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001364 - NOORA AL ALI - 971503215479

The sum of Dhs. One Thousand Eight Hundred Ninety Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,890.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being ADVANCE FOR 2 SESSIONS FULL BODY LHR - DEKA - NON REFUNDABLE

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

945.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002287)

Date: 12-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001364 - NOORA AL ALI - 971503215479

The sum of Dhs. **Nine Hundred Forty-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 **945.00**

Bank: Cheque No.

Date: 12-01-2019

Being

Made by **FATEN**

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 997.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003318)

Date: 13-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001364 - NOORA AL ALI - 971503215479

The sum of Dhs. Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 997.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 13-04-2019

Being FULL BODY LHR + VAT

Made by Hiba

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 : 1001364 - NOORA AL ALI - 971503215479

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,097.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003937)

Date:03-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001364 - NOORA AL ALI - 971503215479

The sum of Dhs. **One Thousand Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,097.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **03-06-2019**

Being **FULL BODY + SHAVING + VAT**

Made by **Hiba**

- 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 : 1001364 - NOORA AL ALI - 971503215479

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

www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004932)

Date:01-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001364 - NOORA AL ALI - 971503215479**

The sum of Dhs. **Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **997.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **01-09-2019**

Being **FULL BODY + VAT**

Made by **Hiba**

- 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 : **1001364 - NOORA AL ALI - 971503215479**

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