



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 2019 / 11 / 31

File Number: 1001399

Patient Name: Maryam Alawadhi

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 5 / 3 / 1988 Gender (الجنس): M / (F)

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): U.A.E.

Phone No. (رقم الهاتف): 0507767618

Address (العنوان): Sharjah

E-MAIL: How did you know about us: Friend

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details انا كنت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي اوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	نعم	حشرات
Surgical Operations, Serious illness هل اجريت أي عمليات جراحية أو تعاطيت من أي امراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي ممانع الحمل؟ هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي ممانع الحمل؟ هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي ممانع الحمل؟	لا	لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكر أو مرض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا السسيط	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 وأسمح 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 ترويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف 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 نتاج 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 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 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 تفصي الملف صحيحة و اتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها بدون 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 ارادتي

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

التاريخ: ... / ... / .....

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg      Height (الطول): cm      Blood Type (نمى الدم):  
 Pulse (النمى): ppm      Blood Pressure (مىظ الدم): /      Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المرىض للعبادة Chief Complaint

التارىخ المرىضى: Disease History

الحساسىة Allergies

الأدوىة Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
 عملىات سابقة ، امدال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظى العقاظى): Y / N

الملاحظات العامة و السربرىة General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعىة Radiography

التشظىص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....







يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة precisely Kindly Answer the following questions

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	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار <input checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادراً الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدرة ؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotretinone in the last 6 months? Yes/ No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes/ No	هل تناولت عقار الريتين أ / الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل استخدمت ريشة أي أو منتج حمش الجارديك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No	هل قمت بتنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	مضى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحبسة تسمير؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently? .....	هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هورمونية ؟ نعم / لا
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	ماهي المنتجات التي تستخدمتها / تستخدمها ليعزرك حالياً؟ .....
For Ladies: Are You Pregnant? Yes / No	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	السيدات فقط : هل أنت حامل؟ 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 ..... أوافق على إجراء إزالة الشعر بالليزر في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إتمام الشعر. وأفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وأني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكي وأني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب ٦ أسابيع على الأقل.
- الوشم والتاتو والكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والحساسيات ونوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أفهم 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 والتشققات. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشى خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدوم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيت لي الفرصة للاستشارة وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص وأني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار. أو قد تمت قراءته لي. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الأسم والتوقيع

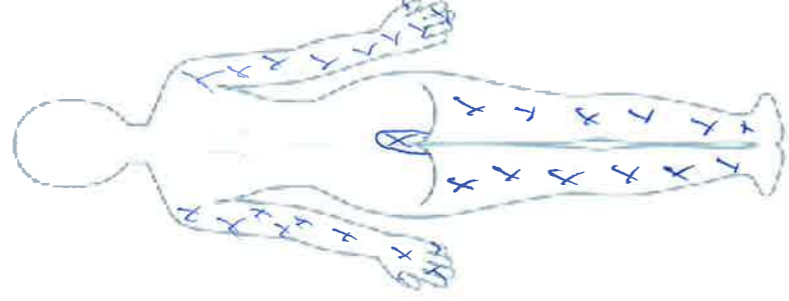
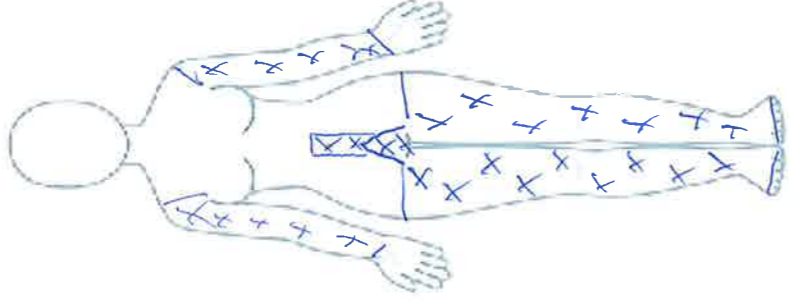
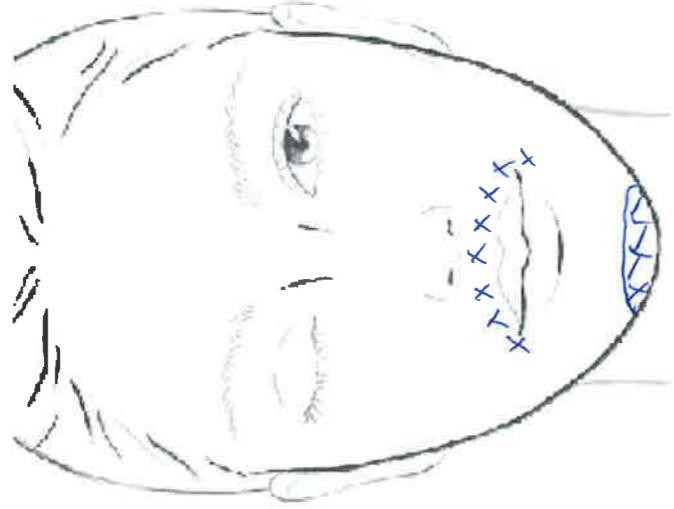
.....

التاريخ

.../.../.....

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

# 1001399.



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	3/1/19	11/2/19	19/3/19	05/05/19	5/7/19	
Treatment Area	FULL BODY	FULL BODY	FULL BODY	Same	Full Body	
Hair Type	M. DARK	THIN	THIN / DARK	Thin / Dark	M / Dark	
Mode	ALEX	MEX / NDMG	ALEX / YAG	ALEX / YAG	Alex YAG	
Fluence	8/10-15	8/10	8/10-11/12-18	8/10	8/15	
Pulse Type	NDYAG (BULK)	NDYAG	8/10	17/18	8/15	
CNT Pulse	15 J / 15	15 J / 13	Spot 20		16/15	
Passes	1	1	1	1	1	
Starting Time	10:25 AM	5 PM	5:15	5 PM	4:45	
Finish Time	11:25 AM	6:20 PM	6:15 PM	6:00 PM	6:50 PM	
Post Treatment						

Beena  
Beena

Therapist Name and Signature BEEENA / BEESSIE





مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002174)

Date:03-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001399 - MARYAM ALAWADHI - 971507767618

The sum of Dhs. Nine Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 945.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-01-2019

Being

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

AED 945.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002175

Date: 03-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001399 - MARYAM ALAWADHI - 971507767618

The sum of Dhs. **Nine Hundred Fourty Five Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **945.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: \_\_\_\_\_ Cheque No. \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002629)

Date:11-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001399 - MARYAM ALAWADHI - 971507767618

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: \_\_\_\_\_

Date: 11-02-2019

Being ~~SECOND & FINAL SESSION DONE/ ALL ADVANCE SETTLED~~

Made by Ghada

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-003021)

Date:19-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001399 - MARYAM ALAWADHI - 971507767618

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: 19-03-2019

Being FULL BODY DEKA + 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 : 1001399 - MARYAM ALAWADHI - 971507767618

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,575.00

No: REC-003584

RECEIPT VOUCHER

Date: 05-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001399 - MARYAM ALAWADHI - 971507767618**

The sum of Dhs. **One Thousand Five Hundred Seventy Five Only**

By Cash **1,500.00** / By Credit Card **75.00 (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 SESSION FULL BODY DEKA 750\*2 APRIL OFFER + 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

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

**www.omc1.ae**



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 787.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003585)

Date:05-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001399 - MARYAM ALAWADHI - 971507767618

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 787.50

Bank: Cheque No.

Date: 05-05-2019

Being FULL BODY DEKA 750 + VAT APRIL OFFER BECAUSE PT PAID ONE SESSION IN ADVANCE

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 : 1001399 - MARYAM ALAWADHI - 971507767618

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 787.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004310)

Date:03-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001399 - MARYAM ALAWADHI - 971507767618

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **787.50**

Bank: Cheque No.

Date: 03-07-2019

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 : 1001399 - MARYAM ALAWADHI - 971507767618

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