



Date: ١٠ / ١٠ / ٢٠١٩

File Number: 1001402

Patient Name: Jameela Mohamed

إسم المريض:

Date Of Birth: 4 / 1 / 1976 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: (الجنسية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0501600097

Address: (العنوان): Shawjah

How did you know about us: Instigram

E-MAIL: (البريد الإلكتروني):

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	نعم
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، 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 مميعات الدم؟	لا
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، 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 منع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي 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 السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا
Other conditions: HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	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 تزويدي بالمعالج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف 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 او التجريبية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحابة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو النزيف أو الألم أو الحساسية

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 لي قمضي للملف صحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا 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 ارادتي

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

Jameeb

التاريخ: ... / ... /

المؤشرات الحيوية Vital Signs	
Weight (الوزن): 61 Kg	Blood Type (نمط الدم): /
Pulse (النبض): /	Blood Sugar (سكر الدم): /
Height (الطول): 155 cm	
Blood Pressure (ضغط الدم): 120/80	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

weight gain

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ائحال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

alots of c.s. diabetes / Tummy tuck
hernia, 3 year ago 4 months - 17/10/18
Alcohol (الكحول): Y / N
Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

Tummy fat.

الفحص Examination

Normal Case

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

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 الاحترق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , غيابة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدرة ؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/الإيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydrocueronon on Site?Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدوكورونون في منطقة العلاج ؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Did you get exposed to sun or got tanned lately?	هل كانت اخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحضرة تسمير؟
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
What products you are using for your skin recently?.....	ماهي المنتجات التي تستخدمونها للبشرة حالياً <u>S.S.M.B.L.C</u>
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

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

الإسم و التوقيع

Date

التاريخ

أقر أنا بقومي الى مركز اوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.

و اتفهم ان أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد حرارة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على اثناء الشعر. واتفهم 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 اني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالشمع أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل و بعد العلاج.

- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب ٦ أسابيع على الأقل.

- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

- يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملاً و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة

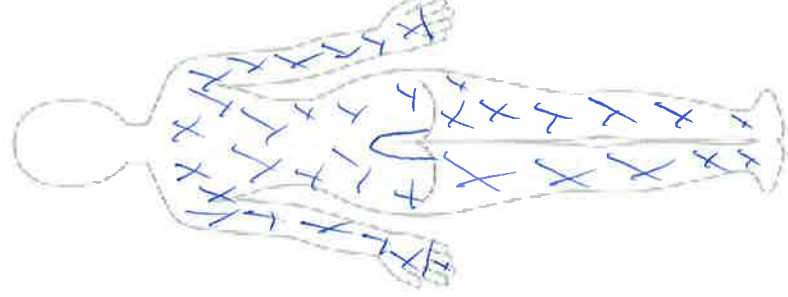
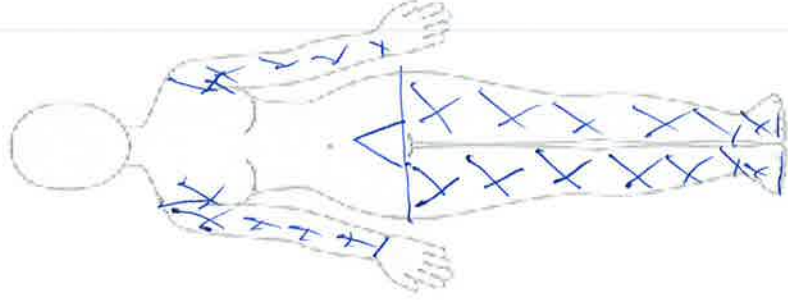
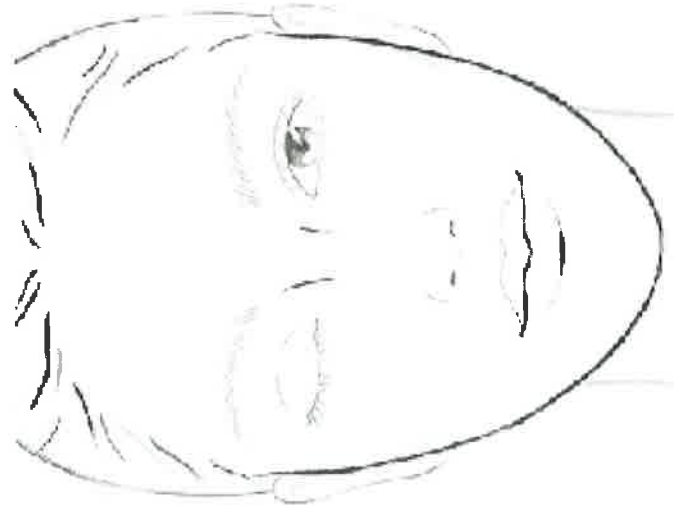
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد أخطه 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 و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الي عدة ايام 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 أتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الي المعالج المختص و اني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي و اني تجاوزت الثامنة عشر من عمري او حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

Patient's Name: Jameela / اسم المريض
File Number: / رقم الملف
Pain Relief given? Yes / No / Evaluation and consent form completed? Yes / No
Pretreatment photography taken? Yes / No / 100/402



3/1/2019
Session 1

Treatment Date
Treatment Area: Full Body
Hair Type: 1 THICK | MED / DARK
Mode: ALEX 755
Fluence: 73/13 Back
Pulse Type: 65/15
CNT Pulse: 16 (15 40g (face))
Passes: 2
Starting Time: 6PM
Finish Time:
Post Treatment: Meds + Follow up
Spot sigs: 20

Session 2

Session 3

Session 4

Session 5

Session 6

Therapist Name and Signature Blessie / Blessie



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

934.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002186)

Date:03-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001402 - JAMEELA MOHAMEDM - 971501600097

The sum of Dhs. **Nine Hundred Thirty-Four Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **934.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **03-01-2019**Being **PACKAGE 1500**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 850.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002187

Date: 03-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001402 - JAMEELA MOHAMEDM - 971501600097**The sum of Dhs. **Eight Hundred Fifty and Five Fils Only**By Cash **850.50** / By Credit Card **0.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being **ADVANCE FOR PACKAGE 1500(FULL BODY PLUS ONLY DONE) - NON REFUNDABLE**Made by **Ghada**Tel: + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail: info@omc1.aewww.omc1.ae

ID 190219-1 | Height 155cm | Age 43 | Gender Female | Test Date & Time 19.02.2019. 16:21

1 week 5kg ↓

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	(L)	27.1	(26.3~32.1)
For building muscles	(kg)	7.2	(7.0~8.6)
For strengthening bones	(kg)	2.74	(2.43~2.97)
For storing excess energy	(kg)	23.7	(10.3~16.5)
Sum of the above	(kg)	60.7	(43.9~59.5)

InBody Score 65 / 100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight 51.6 kg
 Weight Control -9.1 kg
 Fat Control -11.9 kg
 Muscle Control +2.8 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.93 0.75 0.85

Visceral Fat Level

Level 12 LOW 10 High

Research Parameters

Fat Free Mass 37.0 kg
 Basal Metabolic Rate 1168 kcal (1279~1481)
 Obesity Degree 118 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1454 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	107	Gateball	115
Walking	121	Yoga	121
Badminton	137	Table Tennis	137
Tennis	182	Bicycling	182
Boxing	182	Basketball	182
Mountain Climbing	198	Jumping Rope	213
Aerobics	213	Jogging	213
Soccer	213	Swimming	213
Japanese Fencing	304	Racketball	304
Squash	304	Taekwondo	304

* Based on your current weight
 * Based on 30 minute duration

Results Interpretation QR Code

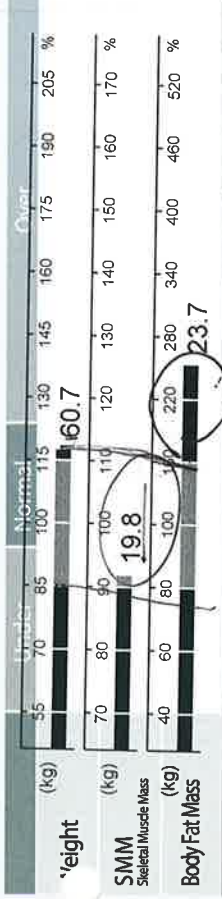
Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



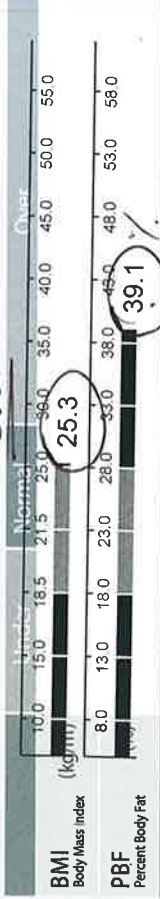
Impedance

RA LA TR RL LL
 Z(Ω) 20 kHz 393.8 417.0 26.5 315.3 311.0
 100 kHz 358.2 383.4 22.9 284.6 281.8

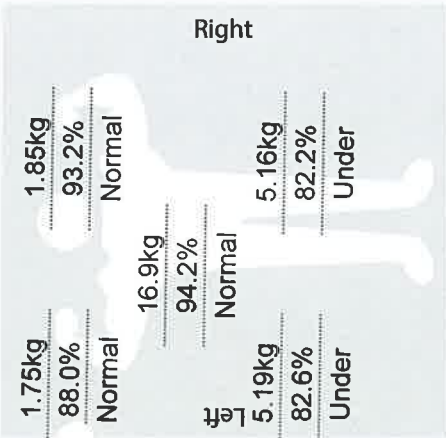
Muscle-Fat Analysis



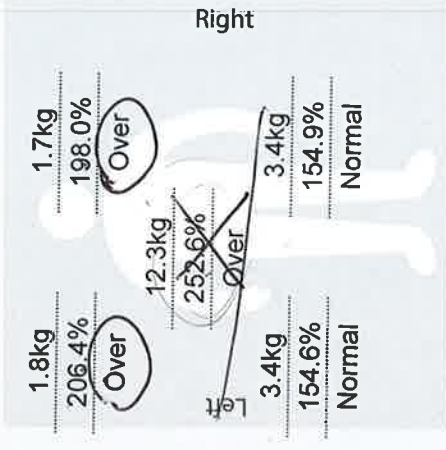
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	60.7
SMM (kg)	19.8
PBF (%)	39.1