



Date: 5.1.2019  
Patient Name: Amina Al nuaimi  
Date Of Birth: 29/11/1991 Gender: M / F  
Nationality: سورية Occupation: Lab Tech  
Address (العنوان): Shaafah  
E-MAIL: .....  
File Number: 1001411  
اسم المريض: .....  
Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single  
Phone No. (رقم الهاتف): 3302446  
How did you know about us: Instagram

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



### 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 المؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي 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 الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين نتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجيلية 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 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قد بقي الملف صحيحة و اتفهم ان أي 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):

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

| المؤشرات الحيوية Vital Signs |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| Weight (الوزن): Kg           | Blood Type (نوعية الدم): |
| Height (الطول): cm           | Blood Sugar (سكر الدم):  |
| Blood Pressure (ضغط الدم): / |                          |
| Pulse (النبض): ppm           |                          |

سبب زيارة المريض للعيادة

to less weight. In her tummy

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies /

الأدوية Medications /

الحمل Pregnancy /

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ادخال المستشفى /

Smoking (التدخين): Y / ~~N~~

Alcohol (الكحول): Y / ~~N~~

Drugs (العقاقير): Y / ~~N~~

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

Normal.

الفحص Examination

BcA.

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....







مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,575.00 RECEIPT VOUCHER No: REC-002199

Date: 05-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001411 - AMNA AL NUAIMI - 971503902440

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 PACKAGE 1500 DHS - 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)



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 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 جبرحة ؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / لا  |
| Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No | هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / لا                         |
| Have you Taken Akutan or Isotretinone in the last 6 months? Yes/ No    | هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / لا                 |
| Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes/ No   | هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / لا   |
| 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؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / لا |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No              | هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / لا            |
| Do/ Did you use any tanning products? Yes / No                         | هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / لا  |
| Do you Have any tattoos on site? Yes / No                              | هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / لا   |
| Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No      | هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / لا                               |
| What products you are using for your skin recently?.....               | ماهي المنتجات التي تستخدمها لبرشكها حاليا؟ .....  |
| Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No                  | هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ <input checked="" type="checkbox"/> لا   |
| For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No                                | السيدات فقط : هل انت حامل؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / لا   |
| Have you done any permanent make up? Yes / No                          | هل قمت سابقا بيجوار مكياع دائم للوجه؟ <input checked="" type="checkbox"/> 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 إزالة الشعر بالليزر / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتقدم. وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلة الشعر فتعمل قهرتها على انهاء 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 اني علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالخلع و التفت و الكريمات و ازالة الشعر بالشمع و الكي و اني اخترت ازالة الشعر بالليزر. أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية: - لا يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل و بعد العلاج. - يجب تقادي ازالة الشعر بالشمع او التفت قبل العلاج ب ٦ اسابيع على الأقل. - الوشم و التاتو و المكياع الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر. - يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة - الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست اشهر الماضية او اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر. أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه 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 الطفح. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص او زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس. أقر أنه قد أتيت 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 بلوغني السن القانوني.

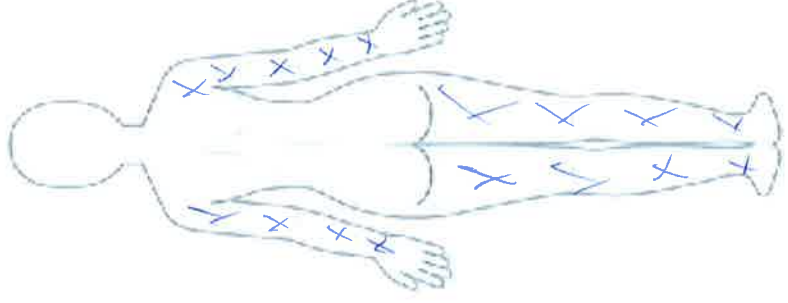
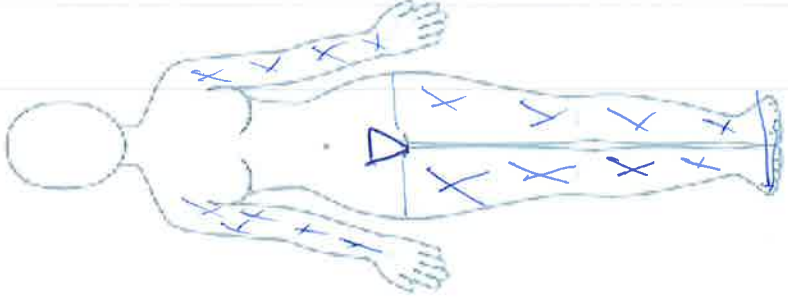
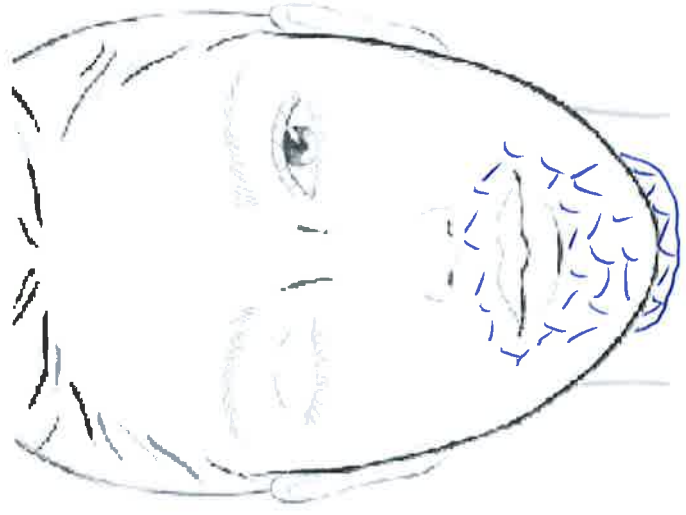
الاسم و التوقيع .....

التاريخ

2016 / 1 / 23



Patient's Name: ..... **AMNA AL NUJAIMI** ..... :إسم المريض  
 File Number: ..... :رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No ..... **#1001411** ..... :تخفيف الألم  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....



|                | Session 1    | Session 2 | Session 3 | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|----------------|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Treatment Date | 23/11/2019   |           |           |           |           |           |
| Treatment Area | FULL BODY    |           |           |           |           |           |
| Hair Type      | D / SOFT     |           |           |           |           |           |
| Mode           | ND YAG       |           |           |           |           |           |
| Fluence        | 16 J / 15 ms |           |           |           |           |           |
| Pulse Type     | SP / 10 ms   |           |           |           |           |           |
| CNT Pulse      |              |           |           |           |           |           |
| Passes         | 1            |           |           |           |           |           |
| Starting Time  | 3:50 PM      |           |           |           |           |           |
| Finish Time    | 5 PM         |           |           |           |           |           |
| Post Treatment |              |           |           |           |           |           |

Therapist Name and Signature ..... **BIESSIE / BEENA** .....



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

724.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002396)

Date:23-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001411 - AMNA AL NUAIMI - 971503902440

The sum of Dhs. Seven Hundred Twenty-Four 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 724.50

Bank: Cheque No.

Date: 23-01-2019

Being PACAKAGE OF 1500

Made by FATEN

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

صیفت

omlette . میا + پیپ + پیپ  
تای کرک . پیپ ←

۱. صیفت

tika ←  
tuna meal ←  
کاورنگ ←

تھوڑا سا چائے  
Bar: تھوڑا سا چائے  
کالا چائے  
+ عصر عوامی . غریبہ عصر رسال . اورانی  
کے اور کھانے جمع لکھتے ہیں

۶. ۵۲. ۴۱۲. ۷۰

خطایر . لو کا ورسا  
۳ صرا ۲ ایسی

~~تھوڑا سا چائے~~

۲. صیفت

طکریٹے بالاسٹیل  
طکریٹے + دضاج  
Burger  
Par' پن ←

(8:30 - 9:30)

Iron deficiency

like: eggs, Fish, chix.

History: ulcer

DIETARY ASSESSMENT تقييم النظام الغذائي

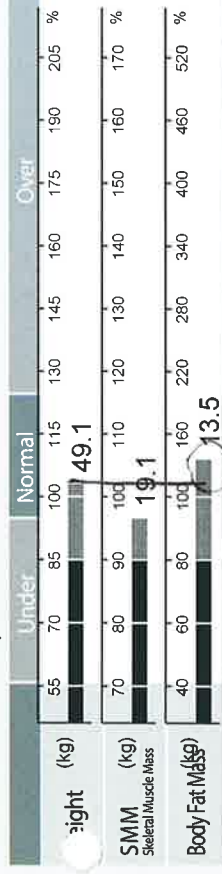
|  |  |
|--|--|
| Food Intolerance (if any) <u>None</u>                  |  |
| Acidity / Heart Burn / Constipation <u>tea. Royal.</u> |  |
| No. of meals consumed / day                            |  |
| Veg / <u>Non Veg</u> / Ovo Veg                         |  |
| Frequency of eating out / week <u>twice a week</u>     |  |
| Diet Recall - Total Calories (Kcal)                    |  |
| CHO (gm)   |  |
| Protein (gm)   |  |
| Fat (gm)   |  |
| Lifestyle: <u>Sedentary</u> / Moderate / Heavy         |  |
| Diet Advised - Total calories (Kcal)                   |  |
| CHO (gm)   |  |
| Protein (gm)   |  |
| Fat (gm)   |  |
| Remarks  | <p>water :- 3L Daily , Dried Fruit -&gt; dates , (Nuts , Arocado) .<br/>         Prunes ,<br/>         Honey -&gt;</p> |
| Counsellor's Name <u>Balser</u>                        |  |
| Client's Signature                                     |  |
| Date <u>5/2/19</u>                                     |  |

## Body Composition Analysis

|                               |                      |                    |
|-------------------------------|----------------------|--------------------|
| Total amount of water in body | Total Body Water (L) | 26.1 ( 24.3~29.7 ) |
| For building muscles          | Protein (kg)         | 7.0 ( 6.5~7.9 )    |
| For strengthening bones       | Minerals (kg)        | 2.53 ( 2.25~2.75 ) |
| For storing excess energy     | Body Fat Mass (kg)   | 13.5 ( 9.6~15.3 )  |
| Sum of the above              | Weight (kg)          | 49.1 ( 40.5~54.9 ) |

*45 = 46*

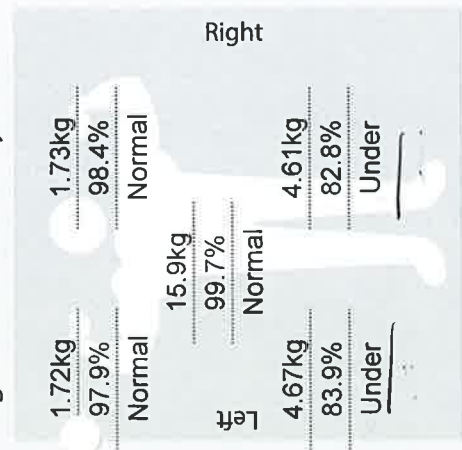
## Muscle-Fat Analysis



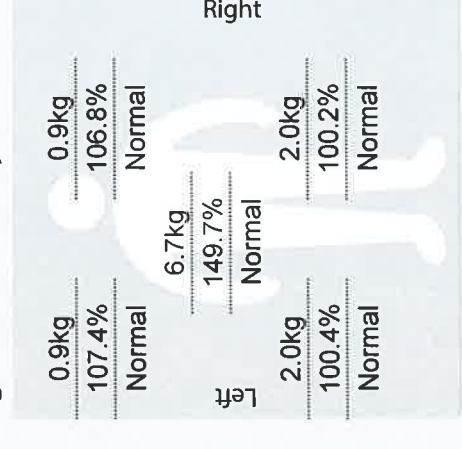
## Obesity Analysis



## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## Body Composition History

|             |      |
|-------------|------|
| Weight (kg) | 49.1 |
| SMM (kg)    | 19.1 |
| PBF (%)     | 27.6 |

## InBody Score

76/100 Points

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

## Weight Control

|                |          |
|----------------|----------|
| Target Weight  | 47.7 kg  |
| Weight Control | - 1.4 kg |
| Fat Control    | - 2.6 kg |
| Muscle Control | + 1.2 kg |

## Obesity Evaluation

|     |  |
|-----|--|
| BMI | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Under <input type="checkbox"/> Slightly Over <input type="checkbox"/> Over |
| PBF | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Slightly Over <input type="checkbox"/> Over                                |

## Waist-Hip Ratio

0.85

## Visceral Fat Level

Level 5

## Research Parameters

|                            |                         |
|----------------------------|-------------------------|
| Fat Free Mass              | 35.6 kg                 |
| Basal Metabolic Rate       | 1138 kcal ( 1105~1268 ) |
| Obesity Degree             | 103 % ( 90~110 )        |
| Recommended calorie intake | 1894 kcal               |

## Calorie Expenditure of Exercise

|                   |     |              |     |
|-------------------|-----|--------------|-----|
| Golf              | 86  | Gateball     | 93  |
| Walking           | 98  | Yoga         | 98  |
| Badminton         | 111 | Table Tennis | 111 |
| Tennis            | 147 | Bicycling    | 147 |
| Boxing            | 147 | Basketball   | 147 |
| Mountain Climbing | 160 | Jumping Rope | 172 |
| Aerobics          | 172 | Jogging      | 172 |
| Soccer            | 172 | Swimming     | 172 |
| Japanese Fencing  | 246 | Racketball   | 246 |
| Squash            | 246 | Taekwondo    | 246 |

\* 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(α) 20 kHz | 379.4 | 381.2 | 23.3 | 313.4 |
| 100 kHz     | 343.4 | 345.5 | 19.6 | 281.2 |
|             | 273.8 |       |      |       |



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

84.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002549)

Date:05-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001411 - AMNA AL NUAIMI - 971503902440

The sum of Dhs. Eighty-Four 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 84.00

Bank:           Cheque No.

Date: 05-02-2019

Being **PACKAGE 1500**

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

299.25

**RECEIPT VOUCHER (No.REC-002584)**

Date:07-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001411 - AMNA AL NUAIMI - 971503902440**The sum of Dhs. **Two Hundred Ninety-Nine Dirhams and Twenty-Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **299.25**

Bank: Cheque No.

Date: **07-02-2019**Being **PACKAGE 1500**Made by **Ghada**

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