



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: ٢٠١٩ / ٠١ / ١٣
Patient Name: Amama Ali Saleh Hussein , File Number: 1001362
Date Of Birth: ١٩٨٩ / ٠٩ / ١٤ (تاريخ الميلاد) Gender: M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية)
Nationality: Amaras (الجنسية) Occupation:
Address (العنوان): Shayekh Phone No. (رقم الهاتف): 0507271817
E-MAIL: How did you know about us: Family

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



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 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 بإتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم 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 قدمته لدي فتحي للملف صحيحة و أتفهم ان أي 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 ارادتي

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

Omdine

التاريخ: ... / ... /

13-01-2019

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
 عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp
.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO*

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report**File****Valid Signature?**

Non-Modifiable Data (SF3) False

Modifiable Data (SF5) False

Holder Signature Image (SF7) False

Photography False

Home Address False

Work Address False

Card Holder Information

Name	Omaima,Ali,Saleh,,Hussein	IDN:	784198869364632	Mother Name:	Mareim
Name (Ar)	ايمه علي صالح حسين	Card Number:	086463275	Mother Name (Ar):	مريم
Title:		Nationality:	COM	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	جزر القمر		
Issue Date:	26/11/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	18/11/2020	Date of Birth:	12/09/1988	Sponsor Name:	مروان علي حسين مشاري
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	34760584
Residency Type:	03	Residency Number:	301201430040459	Residency Expiry:	18/11/2020
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

1/13/2019



precisely Kindly Answer the following questions

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لفرع 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 , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ 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 isotritonime 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 Hydroquonen 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 ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? No	متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟
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 اجريت ابي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بلجراء 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
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.
وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طبقة من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يمتصها في الأصبغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إتمام الشعر. وأفهم 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. وإني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف والتف والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكلي وإني اخترت إزالة الشعر بالليزر.
أقر أنني قد تلقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح باستخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب ٦ أسابيع على الأقل.
- الوشم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات والحساسية 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 ألمحظه 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 ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدم في حال حدوثها. ويصح 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 أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الإسم والتوقيع

التاريخ

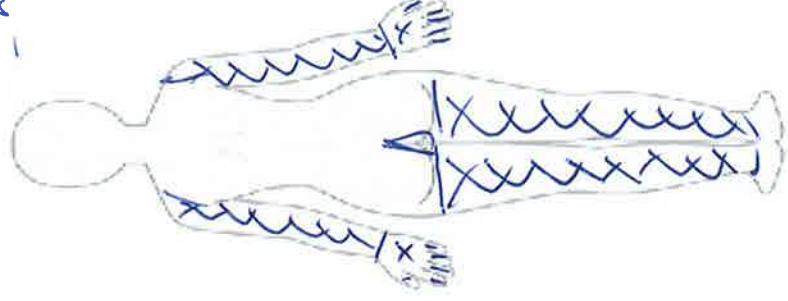
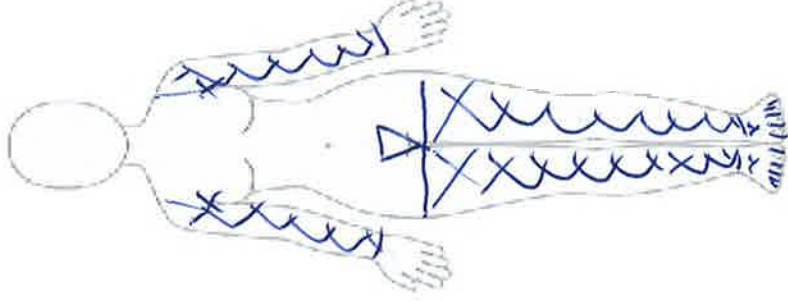
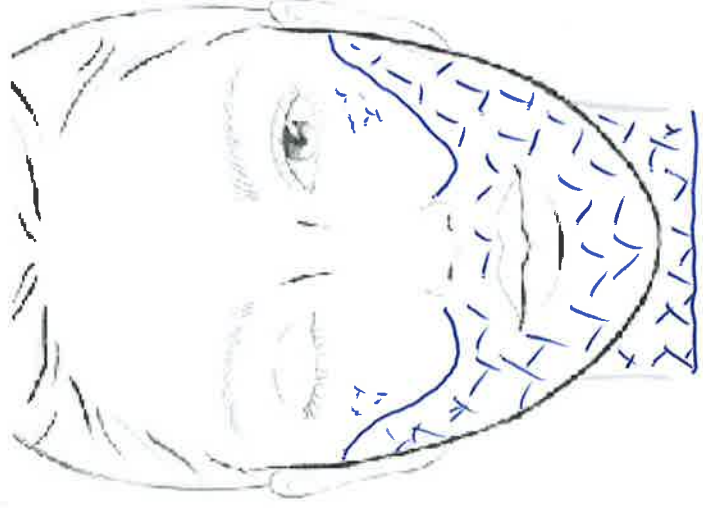
٢٠١٩ - ١٥ - ١٣

OMAIMA

اسم المريض:
 Patient's Name:
 رقم الملف:
 File Number:
 تقييم و الموافقة اكتملت؟ نعم / لا
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 رقم الملف: 1001462
 File Number: 1001462
 تم أخذ الصور قبل العلاج؟ نعم / لا
 Pretreatment photography taken? Yes / No

ON Cap. Roaccutane

- 40mg



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	13/1/19	2/3/19	30/4/19	2/7/19	5/10/19	23/1/20
Treatment Area	Full Body	Full body	Full body	Full body	Full body	Full body
Hair Type	MEDIUM	DARK / M / SFT	DARK / M / THICK	DARK / M / FT	M / D	M / Dark thin.
Mode	ALEX	ALEX (SPOT)	ALEX (20SP)	ALEX 20	ALEX 20	ALEX (20).
Fluence	6-8.5/16-17.5	7/10-12ms	8/12.5	8/15, 12.5	8/12ms	8.5/10ms.
Pulse Type		Bikini (SPOT 10°)	Bikini 13/18	FACE 7/11ms.	Bikini	Bikini (20).
CNT Pulse		DARK / THICK.			14/18ms	7.5/10ms.
Passes	1	20/25ms	12/30N.	5/9	2/38m	12pm.
Starting Time	10:30 AM	12:50	1:30 N	6 PM		
Finish Time	11:40 AM	2 PM				
Post Treatment	ADVICED MEDO	ROOM	ROOM	ROOM	HAND	SHUNBLOCK.

Therapist Name and Signature
 BUESSE



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002296)

Date: 13-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001462 - OMAIMA HUSSEIN - 971507271817

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 13-01-2019

Being

Made by **FATEN**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002827)

Date:03-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001462 - OMAIMA HUSSEIN - 971507271817

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 03-03-2019

Being FULL BODY DEKA + VAT

Made by Hiba

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003505)

Date: 30-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001462 - OMAIMA HUSSEIN - 971507271817

The sum of Dhs. Eight Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 892.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 30-04-2019

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 : 1001462 - OMAIMA HUSSEIN - 971507271817

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004459)

Date: 21-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001462 - OMAIMA HUSSEIN - 971507271817

The sum of Dhs. **Eight Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **892.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 21-07-2019

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 : 1001462 - OMAIMA HUSSEIN - 971507271817

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005378)

Date:05-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001462 - OMAIMA HUSSEIN - 971507271817

The sum of Dhs. Eight Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 892.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 05-10-2019

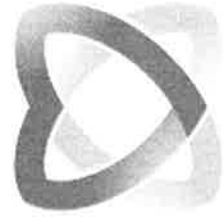
Being FULL BODY (HR) + VAT

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 : 1001462 - OMAIMA HUSSEIN - 971507271817

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



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-007206

Date: 23-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001462 - OMAIMA HUSSEIN - 971507271817

The sum of Dhs. **One Thousand Only**

By Cash **1,000.00** / 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 **SHE DID ALREADY 1 SESSION FULL BODY 1105.50+ VAT BALANCE 102.50**

Made by **Reem**

- 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