

18 01 2019

Date: ... / ... / ...  
Patient Name: Samar Abdu Salam Dalla  
File Number: 1001476  
اسم المريض: .....  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 01/9/1984 Gender (الجنس): M / F  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): .....  
Nationality (الجنسية): Syrian Occupation (الوظيفة): .....  
Phone No. (رقم الهاتف): 0566536675  
Address (العنوان): Shayjah  
How did you know about us: Facebook  
E-MAIL: .....

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



### 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 نكره في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج بالتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لتناجح العلاجات و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما 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 الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم باحد 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 فتحتي الملف صحيحة. و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية سيقضى سرية تماما 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ابحال للمستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (تعاطي الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO'

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**

<b>Name</b>	Samar,Abdu Salam,,,Dallal	<b>IDN:</b>	784198404182846	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	سمير,عبدالصالح,دلال	<b>Card Number:</b>	084373754	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	SYR	<b>Family ID:</b>	
<b>Title (Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	الجمهورية العربية السورية		
<b>Issue Date:</b>	13/07/2017	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	15
<b>Expiry Date:</b>	08/07/2019	<b>Date of Birth:</b>	01/09/1984	<b>Sponsor Name:</b>	
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	00
<b>Residency Type:</b>	03	<b>Residency Number:</b>	20120083047298	<b>Residency Expiry:</b>	08/07/2019
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	99	<b>Occupation Field:</b>	00

Photo



Signature Image

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

1/14/2019





precisely Kindly Answer the following questions

\*يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

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 checked="" type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عدمية الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات دفتير أو جدرة؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو قروحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydrocquenon on Site? Yes / No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? .....	هل قمت بآخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحمسة شمسية؟ 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 وشوم / 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 تستخدمها لبشرتك حاليا؟ .....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ 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 ..... بصحبي  
مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور. وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قبلتها على إتمام الشعر. وأتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و النوع والشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك و التفتق و الكريمات و إزالة الشعر بالشع و تفتيح التعليمات التالية:  
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.  
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشع أو التفتق قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.  
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.  
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة  
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.  
أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى يحتاج إلي 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 إلى عدة أيام 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 أتيت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار. أو قد تمت قراءته لي. و إني تجاوزت التامة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

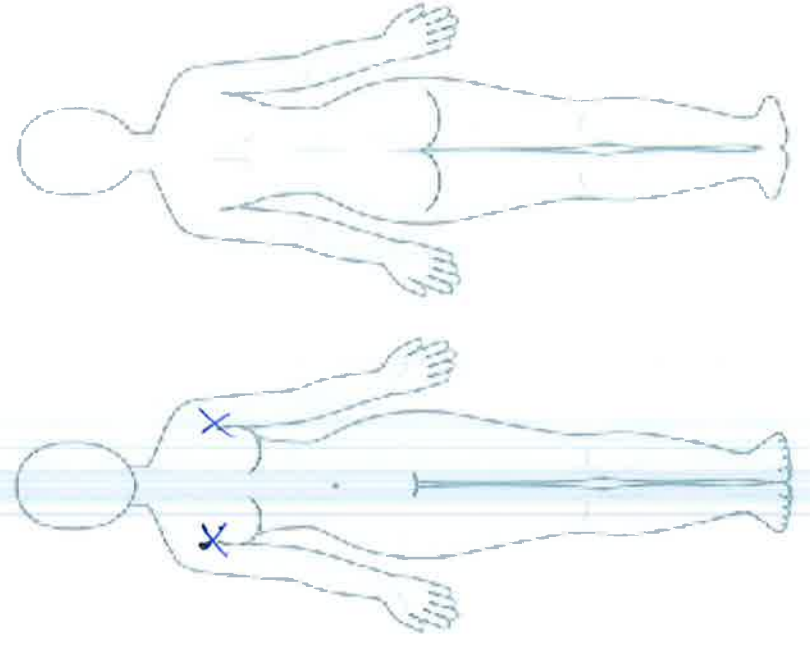
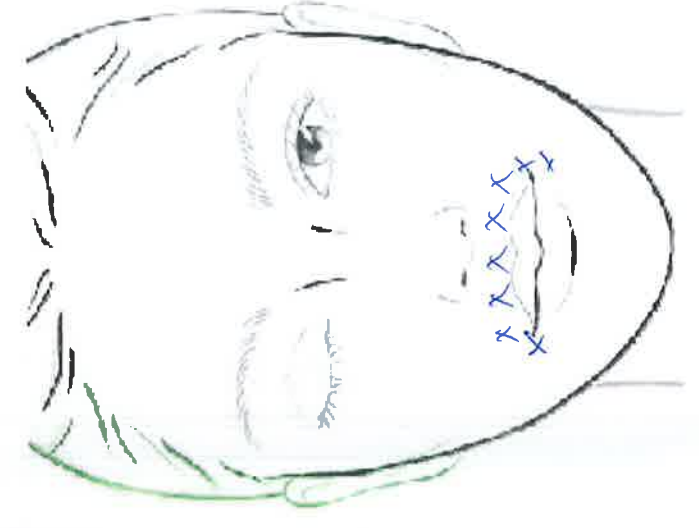
الإسم و التوقيع

التاريخ

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

Patient's Name: **SAMAR ABDU SALAM** .....  
 File Number: .....  
 Pain Relief given? Yes / No .....  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....

رقم الملف: # 1001476



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	14/1/19	18/2/19	10/3/19	03/06/19		
Treatment Area	60% MIDARK ALEY	U-LIP UPPER LIP / SOFT ALEY	UNDERARM SOFT ALEY	U-A + UL SOFT ALEY		
Hair Type						
Mode						
Fluence						
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1	1	1	1		
Starting Time	6:30	6:15 AM	5:20 PM	8:45 PM		
Finish Time	6:40 PM	6:20 PM	7:30 PM	8:55 PM		
Post Treatment	Fluocint	Fluocint	Fluocint	MEBO		
		<i>Beave</i>				

Therapist Name and Signature .....





مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002323)

Date:14-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001476 - SAMAR DALLAL - 971566536675

The sum of Dhs. **Fifty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **52.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 14-01-2019

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

No: REC-002324

Date: 14-01-2019

AED 52.50

RECEIPT VOUCHER

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001476 - SAMAR DALLAL - 971566536675

The sum of Dhs. **Fifty Two and Five Fils Only**By Cash **52.50** / 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 1 SESSION UPPER LIP - NON REFUNDABLE**Made by **Ghada**

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



مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-002924

Date: 10-03-2019

AED 275.00

RECEIPT VOUCHER

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001476 - SAMAR DALLAL - 971566536675

The sum of Dhs. **Two Hundred Seventy Five Only**By Cash **275.00** / 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:

 **ing PATIENT PAID ADVANCE FOR 3 SESSION UNDER ARM BALANCE 40**Made by **Rana**

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

105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002925)

Date: 10-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001476 - SAMAR DALLAL - 971566536675

The sum of Dhs. One Hundred 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 105.00

Bank: Cheque No.

Date: 10-03-2019

Being UNDER ARM +VAT

Made by Rana

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

AED 52.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003385)

Date: 18-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001476 - SAMAR DALLAL - 971566536675

The sum of Dhs. **Fifty-Two 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 **52.50**

Bank: Cheque No.

Date: 18-04-2019

Being **UPPER LIP + 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 : 1001476 - SAMAR DALLAL - 971566536675

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