



Date: 17 / 1 / 2019

File Number: 1001489

Patient Name: Samiha Mohamed Elkassar

اسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 11 / 09 / 1985

Marital Status (الحالة الاجتماعية): .....

Nationality (الجنسية): Egypt

Phone No. (رقم الهاتف): 055 7579795

Address (العنوان): Aman

How did you know about us: Mst. qyam

E-MAIL: .....

| التاريخ الطبي Medical History  |                 |  |
|--|-----------------|--|
| الحالة الطبية Medical Condition  | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟  | No              |  |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟   | No              |  |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟   |                 | حساسية حنظل  |
| Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟   |                 | قولاة فيصري<br>الزلة ورم نه جدا المبري                   |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب | No              |  |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟  | No              |  |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)  |                 | الانيميا   |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى   | Yes             | افراهن مديريه  |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟  | No              |  |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الورة الشهرية؟  | Yes             | تكيسات مبايض   |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى   | No              |  |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟   | No              |  |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟  | No              |  |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟  | No              |  |
| Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟<br>HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط   | 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 حالي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و الموقر،
- 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 الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالي كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 فحفي الملف صحيفياً و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفلاخ 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 (دمية الدم): |
| Pulse (النبض):  | ppm | Blood Pressure (دمية الضغط): | /  | 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 (الكحول) : Y / N

Drugs (دعاطي) : Y / N

الملاحظات العامة والسريية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصورة الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**خططة العلاج Treatment Plan**

Doctor's Signature and Stamp

.....





precisely Kindly Answer the following questions

|   |  |
|---|--|
| How do you better describe your skin Type<br><input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned<br><input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned<br><input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned<br><input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned | ما هي الوصف الجنب لفرع بشرتك ؟<br><input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار<br><input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عدمية الاسمرار<br><input checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار<br><input type="checkbox"/> نادراً الاحتراق , دائمة الاسمرار |
| Have you ever had Scars or keloids? Yes / No  | هل ظهرت لديك سابقاً 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 قروحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا  |
| Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/No  | هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الشهر الماضي؟ نعم / لا   |
| Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinon on Site? Yes/ No  | هل استخدمت ريتين أ أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم   |
| Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No   | هل قمت بنق 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? .....<br>No  | متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحضرة شمسية؟ .....<br>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 وشم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا   |
| Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No<br>What products you are using for your skin recently? .....  | هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا   |
| Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No   | ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها بشرتك حالياً؟ .....   |
| For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No   | هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا   |
| Have you done any permanent make up? Yes / No   | السيئات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا  |
|   | هل قمت سابقاً 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... **د. محمد حسين** ..... بقدمي الي مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. وأتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و لاني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر والحلق و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشع و الكي و إني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر أنني قد تلقيت التعليمات التالية:  
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.  
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.  
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.  
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً و يشمل ذلك العلاجات و الحساسيات و نوع البشرة  
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الشهر الماضي أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.  
أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.  
الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحرقية و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض ستلاشي خلال بضع ساعات الي 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 الي المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار. أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الإسم و التوقيع  
**د. محمد حسين**

التاريخ

١٧ / ١ / ٢٠١٩

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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            | Samaha,Mohamed,Hassan,Mohamed,Elkassar | IDN:              | 784198581428087 | Mother Name:      |                      |
| Name (Ar)       | سميحة محمد حسن محمد الكاسر             | Card Number:      | 091407720       | Mother Name (Ar): |                      |
| Title:          |  | Nationality:      | EGY             | Family ID:        |                      |
| Title(Ar):      |  | Nationality (Ar): | مصر             |                   |                      |
| Issue Date:     | 23/10/2018                             | Sex:              | F               | Sponsor Type:     | 03                   |
| Expiry Date:    | 21/10/2021                             | Date of Birth:    | 11/09/1985      | Sponsor Name:     | مصطفى صلاح محمد حبره |
| Marital Status: | 02                                     | Husband IDN:      |                 | Sponsor Number:   | 0124208953           |
| Residency Type: | 03                                     | Residency Number: | 20120133137363  | Residency Expiry: | 21/10/2021           |
| ID Type:        | IL                                     | Occupation:       | 99              | Occupation Field: | 00                   |



Photo

Signature Image

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

1/17/2019





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002349)

Date:17-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001489 - SAMIHA ELKASSAR - 971557578795

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 105.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 17-01-2019

Being

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

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002713)

Date:21-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001489 - SAMIHA ELKASSAR - 971557578795

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 105.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 21-02-2019

Being UNDER ARM LHR

Made by Rana

---

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