



Date: 2019 / 01 / 24

File Number: 1001509

Patient Name: Jharyi wala Talaat

اسم المريض

Date Of Birth: 05 / 08 / 88 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: Saudi

Phone No. (رقم الهاتف): 0509765023

Address (العنوان): Shafiq

How did you know about us: Google

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 حديثة؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبّطات للمناعة؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	<input checked="" type="checkbox"/>	علية اللوز
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	<input checked="" type="checkbox"/>	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مسيّتات للدم؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (فقر الدم)	<input checked="" type="checkbox"/>	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	<input checked="" type="checkbox"/>	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تتعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	<input checked="" type="checkbox"/>	من عورة evra patches
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	<input checked="" type="checkbox"/>	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Other conditions HSV, HIV...etc	<input checked="" type="checkbox"/>	



### 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 ترويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال علاج أمور 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 الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين نتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية 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 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 لدي قد بقي للملف صحية و اتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى 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: 24 / 1 / 2019

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg      Height (الطول): cm      Blood Type (دمية الدم):  
 Pulse (النبض): ppm      Blood Pressure (مسططارة الدم): /      Blood Sugar (مسكر الدم):

Chief Complaint      سبب زيارة المريض للمعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (معاظن) : Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No: .....

Date: / /

**خطة العلاج Treatment Plan**

Doctor's Signature and Stamp

.....





precisely Kindly Answer the following questions \*يرجى الاجابة 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 type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديدة الاسمرار <input checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم / لا هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو قروحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotretinone in the last 6 months? Yes/ No Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquinone on Site?Yes/ No	هل تناولت عقار الاكيتان/ الايسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا هل استخدمت ريتين اي أو منتجات حمض الجلاليكوكريك أو الهيدروكينونون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No No	هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منطة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? ..... Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل لديك اي وشم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently? .....	ماهي المنتجات التي تستخدمها للبشرة حاليا؟ .....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا السيدات فقط : هل انت 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 ..... استشارة وتقييم و اقرار لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.  
وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قوتها على انهاء الشعر.  
وأفهم 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 البنية لإزالة الشعر كالتفك و التفت و الكريمات و ازالة الشعر بالشع و الكي و اني اخترت ازالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية:  
- لا يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 اسابيع قبل و بعد العلاج.  
- يجب تقادي ازالة الشعر بالشع او التفت قبل العلاج ب 6 اسابيع على الاقل.  
- التفت و التاتو و المكياج 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 الاكيتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.  
أفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى فلن 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 التفتحات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الي عدة ايام بعد العلاج. نقص الشمس و زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.  
أقر انه قد أتحت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة الي المعالج المختص و اني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي و اني تجاوزت التامة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

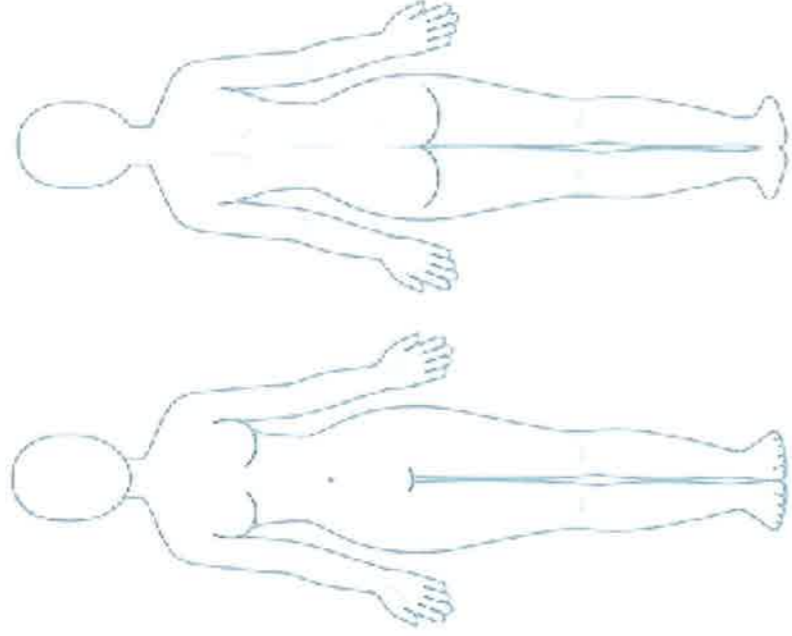
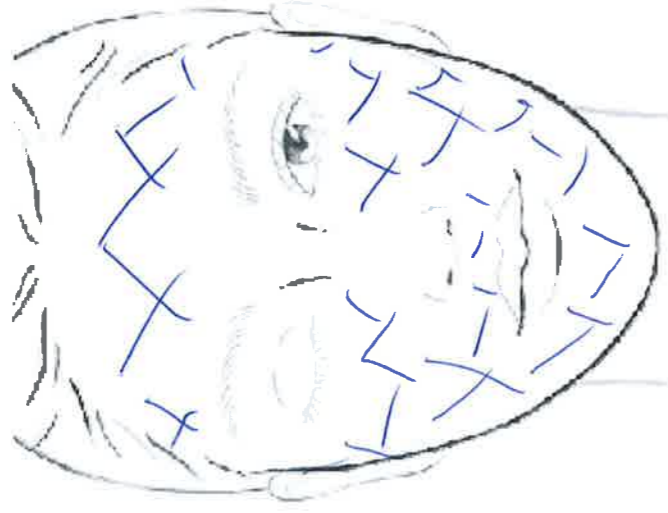
الإسم و التوقيع .....

التاريخ .....

2017.11.24



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



+ PATIENT DOESNT WANT TO SHAVE;  
 DID LASER ON TOP OF THE HAIR

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	24/1/19	25/12/19	20/3/19			
Treatment Area	FULL FACE	FULL FACE	FULL PRICE			
Hair Type	MEDIUM-SOFT	SOFT	SOFT			
Mode	AVEX	AVEX	AVEX			
Fluence	7J/12	7J/10	7/10ms			
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1	1	1			
Starting Time	12:50PM	7:16AM	7P.D.			
Finish Time	1:05 PM	7:20AM				
Post Treatment	FUCIDIN H	FUCICORT	FUCICORT			

Therapist Name and Signature ..... BLESSIE .....

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**

Name	Joharji Walaa, Talaat A	IDN:	784198872724970	Mother Name:	
Name (Ar)	ولاء بنت طلعت جوهري	Card Number:	069951839	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SAU	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	السعودية		
Issue Date:	04/09/2014	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	04/09/2019	Date of Birth:	05/11/1988	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	IR	Occupation:	96	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

1/24/2019





مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002407)

Date:24-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001509 - WALAA TALAAT - 971509765423

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

By Cash 157.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: \_\_\_\_\_

Date: 24-01-2019

Being PACKAGE 3 SESSIONS (1ST SESSION DONE)

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

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002408

Date: 24-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001509 - WALAA TALAAT - 971509765423

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Only

By Cash 315.00 / 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:

One ADVANCE FOR 2 SESSIONS FULL FACE - DEKA- 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)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002760)

Date:25-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001509 - WALAA TALAAT - 971509765423

The sum of Dhs. One Hundred Fifty-Seven 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 157.50

Bank: Cheque No.

Date: 25-02-2019

Being

Made by Rana

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