



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 24 / 09 / 2019
File Number: 1001514
Patient Name: Halima mohamad Issa
اسم المريض:
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 24 / 9 / 84
Gender (الجنس): M / F
Marital Status (الحالة الاجتماعية):
Nationality (الجنسية): Sumaras
الوظيفة:
Address (العنوان):
Phone No. (رقم الهاتف): 0509525722
E-MAIL: friend
How did you know about us:

| التاريخ الطبي | |
|---|---------------|
| Medical Condition | الحالة الطبية |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟ | لا |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟ | لا |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟ | لا |
| Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطت من أي أمراض؟ | لا |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | لا |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي ممييعات للدم؟ | لا |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) | لا |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى | لا |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطت من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟ | لا |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | لا |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى | لا |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ | لا |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | لا |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ | لا |
| Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاطت من أي أمراض أخرى؟ فيروس الهربس البسيط etc | لا |



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 باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون محمجة للحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالآم 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 تفصي للملف الصحية و اتفهم ان اي 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: ... / ... /

المستطارة تقييم المرض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

| | | | | | |
|-----------------|-----|----------------------------|----|-------------------------|--|
| Weight (الوزن): | Kg | Height (الطول): | cm | Blood Type (نمى الدم): | |
| Pulse (النمى): | ppm | Blood Pressure (مفط الدم): | / | Blood Sugar (سكر الدم): | |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، اأخال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكول) : Y / N

Drugs (تعاظمى المقاقبر) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

PATIENT NAME: Halima Issa.

FILE NO#:

| DATE | TREATMENT | PAYMENT BALANCE | SIGNATURE |
|----------|---|--|----------------------------|
| 24/11/19 | LHR FULL BODY - (SHAVING FEE) Package \$500 LHR Full Body | Dr. G. Al-Balal (Plastic Surgeon Specialist) MOH License No.: V820 Orchid Medical Centre | Dr. G. Al-Balal |
| 05/05/19 | LHR FULL BODY 4th Session | Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre | Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa |
| 04/07/19 | LHR FULL BODY 5th (VIKINA) | Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre | Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa |
| 17/08/19 | LHR - Full body | Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre | Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa |
| 15/09/19 | LHR - Full body (VIKINA) | Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre | Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa |
| 21/10/19 | LHR - Full body (VIKINA) | Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre | Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa |
| 29/11/19 | LHR full body | Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre | Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa |
| 05/01/20 | LHR - Full body (VILUX) | Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre | Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa |
| 06/02/20 | LHR - Full body (Deka) | Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre | Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa |
| 25/03/20 | LHR - Full body (Deka) | Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre | Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa |
| 20/05/20 | LHR - Full body (Deka) | Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre | Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa |

File No:

Date: / /

خطة العلاج Treatment Plan

Doctor's Signature and Stamp

.....



precisely Kindly Answer the following questions

| | |
|--|--|
| ما هو الوصف الخصب لفرع بشرتك؟ | ما هي الوصف الخصب لفرع بشرتك؟ |
| <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned | <input checked="" type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار |
| <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned | <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عدم الاسمرار |
| <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned | <input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار |
| <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned | <input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار |
| Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No | هل ظهرت لديك سابقا علامات نوب أو جدره ؟ نعم / لا |
| Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No | هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا |
| Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquinon on Site? Yes / No | هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ 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 بالشع في منة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ 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 بطلاسة تسمير؟ 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 وشم / 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 بشرتك حاليا؟ |
| Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No | هل اجريت 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 مركز أوركييد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركييد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.

أتعهد أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إنهاء الشعر. وأتعهد ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و اني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالمك و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشع و الكي و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل و بعد العلاج.

- يجب تقادي إزالة الشعر بالشع أو التفت قبل العلاج ب ٦ اسابيع على الأقل.

- الوشم 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 الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أتعهد أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

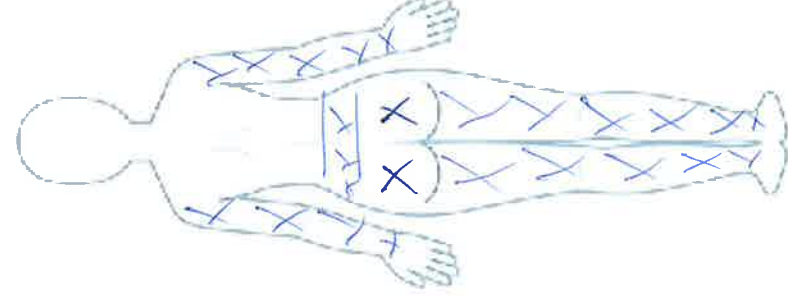
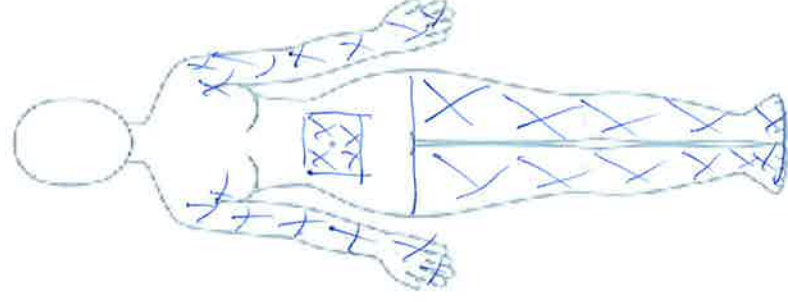
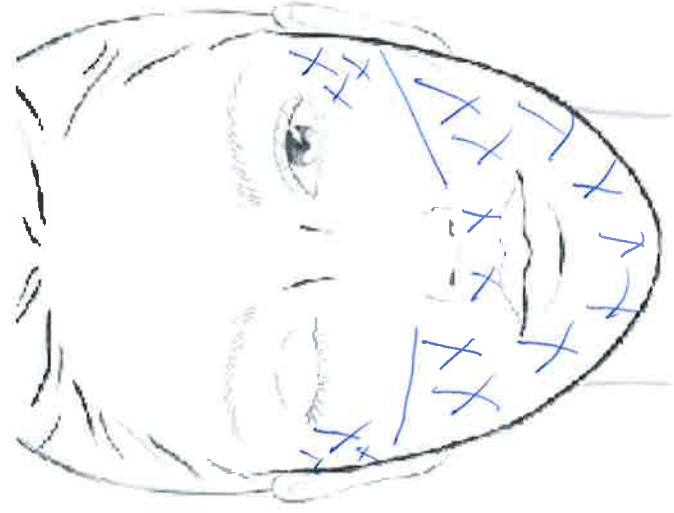
الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم والتشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشى خلال بضع ساعات اني عدة ايام 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 للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و اني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لني و اني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الاسم و التوقيع
.....
التاريخ

Patient's Name: **HAKIMA MOHAMED** :اسم المريض
 File Number: **#1001514** رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No Pretreatment photography taken? Yes / No

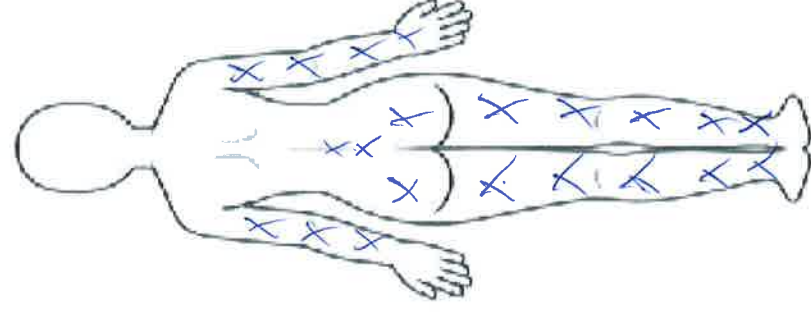
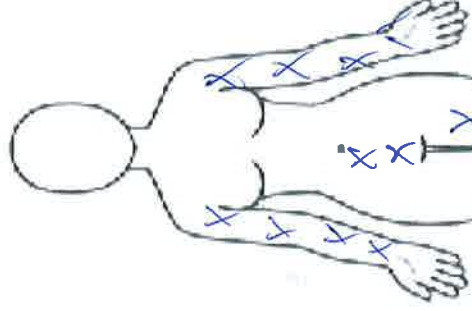
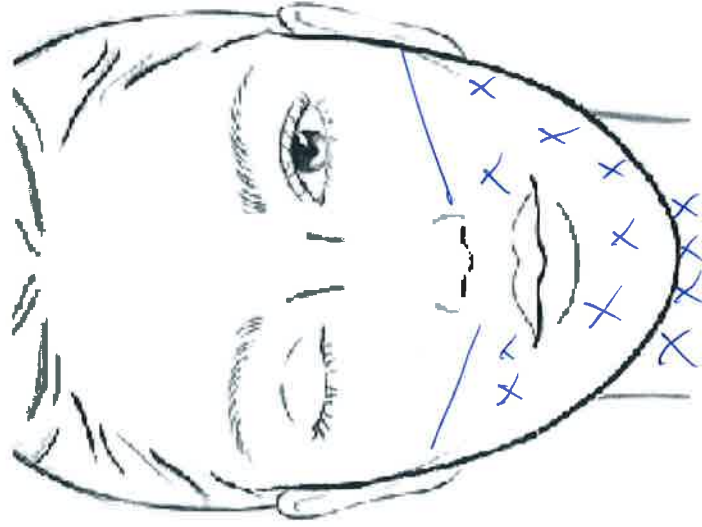


| | Session 1 | Session 2 | Session 3 | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|----------------|---------------|---------------|---------------|-----------|-----------|-----------|
| Treatment Date | 24/1/18 | 26/2/19 | 26/03/19 | 05/05/19 | 04/07/19 | 17/08/19 |
| Treatment Area | Full body | Full body | Full body | Full body | Game | Game |
| Hair Type | COARSE / DARK | COARSE / DARK | COARSE / DARK | COARSE | Medium | Medium |
| Mode | DPI | DPI | DP I | DPI | DPI | DPI |
| Fluence | 20J | 20J | 20J/cm² | 20-22 | 20-22 J | 20-22 J |
| Pulse Type | SHORT | SHORT | SHORT | SHORT | SHORT | SHORT |
| GNT Pulse | | | | | | |
| Passes | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Starting Time | 5:15 pm | 4:35 pm | 3:10 pm | 1:30 pm | 4:00 pm | 5:45 pm |
| Finish Time | 6:35 pm | 6 pm | 4:15 pm | 3:10 pm | 4:35 pm | 7 pm |
| Post Treatment | | | | | | |

Rolena Beene

Therapist Name and Signature

Patient's Name: Halima Mohd إسم المريض
 File Number: 1001514 رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No Pretreatment photography taken? Yes / No



| | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|----------------|-----------|------------|-----------|---------------|-------------|-----------|
| | Session 1 | Session 2 | Session 3 | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
| Treatment Date | 21/10/19 | 29/11/19 | 05/01/20 | 06/02/20 | 25/3/20 | 30/05/20 |
| Treatment Area | Full body | Full body | Same | Same | Same | Same |
| Hair Type | Med/Dark | M/ Dark | Med/Dark | Med/Dark | Med/Dark | Med/Dark |
| Mode | DP/IFDP | DP/IFDP | Med/Dark | Med/Dark | Med/Dark | Med/Dark |
| Fluence | 24J/SHORT | 24J/short | Velux | Alex | good assist | Alex |
| Pulse Type | 6-7/SHORT | 6-7J/short | 4:15 pm | 8J/11-12 | Alex | 9J/10ms |
| CNT Pulse | 2 | 2 pass | 5:30 pm | face-Alex: 16 | 8J/10-5ms | 2:15 pm |
| Passes | 2:45 pm | 6:30 pm | 8 pm | 10/10 ms | 4:45 pm | 6:10 pm |
| Starting Time | 4:20 pm | 8 pm | | | | |
| Finish Time | | | | | | |
| Post Treatment | | | | | | |

3:15 pm - HIRUDOID - HIRUDOID -

Therapist Name and Signature

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 | Halima,Mohamad,,Issa | IDN: | 784198479185799 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | حليمة محمد,, عيسى | Card Number: | 084535134 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | COM | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | جزر القمر | | |
| Issue Date: | 24/07/2017 | Sex: | F | Sponsor Type: | 08 |
| Expiry Date: | 17/07/2020 | Date of Birth: | 28/02/1984 | Sponsor Name: | القيادة العامة لشرطة الشارقة |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 00 |
| Residency Type: | 07 | Residency Number: | 30120117044211 | Residency Expiry: | 17/07/2020 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 98 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

1/24/2019



مصرف التشارقة الإسلامي

Date 24/04/2019 التاريخ

King Faisal Ladies Branch

فرع المملك فيصل

Pay against this Cheque to

إدفعوا بموجب هذا الشيك لأمر

or bearer

أو لحامله

Orchid Medical Center

Two Thousand Seven Hundred

Seventy Five Only

درهم
AED # 2775/

HALIMA MOHAMAD ISSA YAK SHAMBEH

A/C # 0034-167250-001

Signature

الإمضاء

١١٠٠٠٠٠٣ ٢١٤ ٢٠٤ ١ ٣٠ ١ ٠ ٢ ١ ١ ٨ ١ ٦ ٧ ٢ ٥ ٠ ٠ ٠ ١١



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

5,775.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002411)

Date: 24-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001514 - HALIMA ISSA - 971509525722

The sum of Dhs. Five Thousand Seven Hundred Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 3,000.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 2,775.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. 000032

Date: 24-01-2019

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيده الطبي ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003084)

Date: 26-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001514 - HALIMA ISSA - 971509525722

The sum of Dhs. Seven Hundred Thirty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 735.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 26-03-2019

Being CARBON PEELING PACKAGE 3 SESSIONS + 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 : 1001514 - HALIMA ISSA - 971509525722

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

www.omc1.ae

Handwritten notes:

Amount + From this File
 Amount + it to
 Cancer & transfer (1003 USD) (1003 USD)
 Amount + 51
 26/03/2019
 Please
 Complete
 Original file
 No. provided
 Halima Issa