



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: / /

26 01 2019

Date: ... / ... /

File Number: 1001515

Patient Name: Zainab kara Ali

اسم المريض

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 07/07/1987 Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality (الجنسية): British

Occupation (الوظيفة): Banker

Address (العنوان): Al Baker Tower 5 2402

Phone No. (رقم الهاتف): 0544 90 70 90

E-MAIL: karakal.zainab@gmail.com

How did you know about us: online Ads

التاريخ الطبي	Medical History	الحالة الطبية	Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
		هل تعاطى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثة؟	Recent or current drugs/Medical Treatment	No	
		هل تعاطى أي عقاقير مثبطة للمناعة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant	No	
		هل لديك أي حساسية؟	Allergies	No	
		هل أجريت أي عمليات جراحية أو تلقيت أي أمراض؟	Surgical Operations, Serious Illness	No	
		جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	No	
		هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التئام أو تعاطى أي مميعات للدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	No	
		انيميا (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia	No	
		أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، أمراض أخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	No	
		هل تعاطى من أي أمراض يولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	No	
		هل أنت حامل؟ هل تعاطين أي ملقح الحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	No	
		التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	No	
		قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	No	
		هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease	No	
		هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes	No	
		هل تعاطى من أي أمراض أخرى؟ فيروس الهربس البسيط، فيروس الإيدز، فيروس الحلاّ البسيط HSV, HIV...etc	Other conditions	NA	

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: 26/01/2019

نموذج إقرار طبي

- أوافق و أسمع الطبيب بطرح حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يتكشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في القصر 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 خبرة المهنة و الطبي.
- أقر أن لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقصية لي، كما أفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للقصورات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و امرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالإصابة أو التورم أو الألم أو الحساسية
- أفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي فعنها 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 لي قد تم تلقيه للشف صحية و أفهم ان أي معلومات تتناق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل إرادتي

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

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (الكلغ): Weight (kg)	الطول (السم): Height (cm)	نوع الدم (الدم): Blood Type
النبض (النبضات): Pulse (ppm)	الضغط الدم (الدم): Blood Pressure	السكر الدم (الدم): Blood Sugar

سبب زيارة المريض للميادة Chief Complaint:

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

الجراحات السابقة، الإقامة بالمستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة، إخال للمستشفى

التدخين (التدخين): Y / N Smoking

الكحول (الكحول): Y / N Alcohol

الأدوية (الأدوية): Y / N Drugs

الملاحظات العامة والفيزيائية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



precisely Kindly Answer the following questions

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input 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 checked="" 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 دبوب أو جدرة؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين 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 الجلاليك 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 بالشمع 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	هل كنت أخرج مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحجاسة تسمير؟ 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 What products you are using for your skin recently?	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا ماهي المنتجات التي تستخدمها / ليشربك 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 26/1/2019

أقر أنا مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.

أتفهم 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 انهاء الشعر. وأتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و أحي على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

آخر باتسي قد تفتت التعليمات التالية.
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.

- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 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 المساسية 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 ألمحظه من الجلسة الأولى 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 التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشى 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 أتحت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي. و إنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ



United Arab Emirates



دولة الإمارات العربية المتحدة
رخصة قيادة

Driving License



رقم الرخصة الاستيعاب رقم قرا على	623726
Name	ZAINAB KARA ALI
Nationality	UNITED KINGDOM
Date of Birth	21-09-1987
Issue Date	08-02-2017
Expiry Date	07-02-2027
Place of Issue	SHARJAH

سلطة الترخيص
MITR315230
Licensing Authority



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

5,145.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002412)

Date:26-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001515 - ZEINAB KARA ALI - 971544907090

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 5,145.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

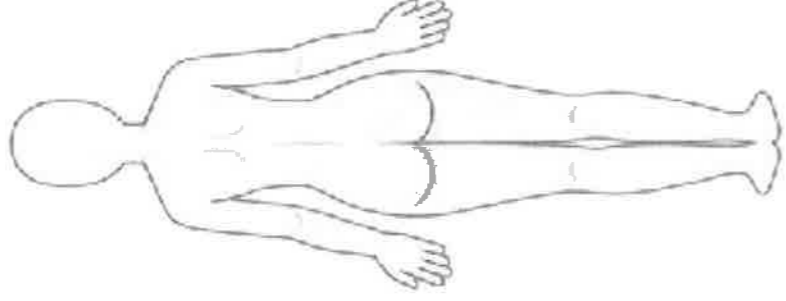
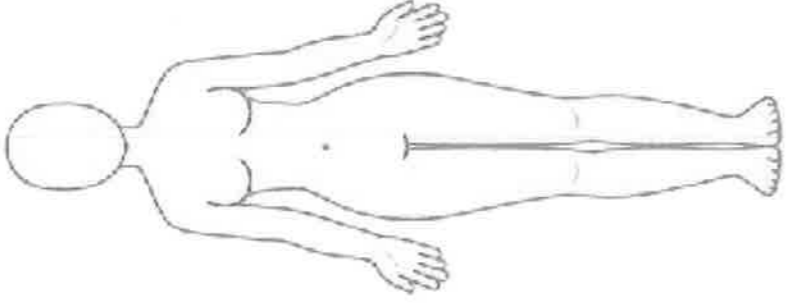
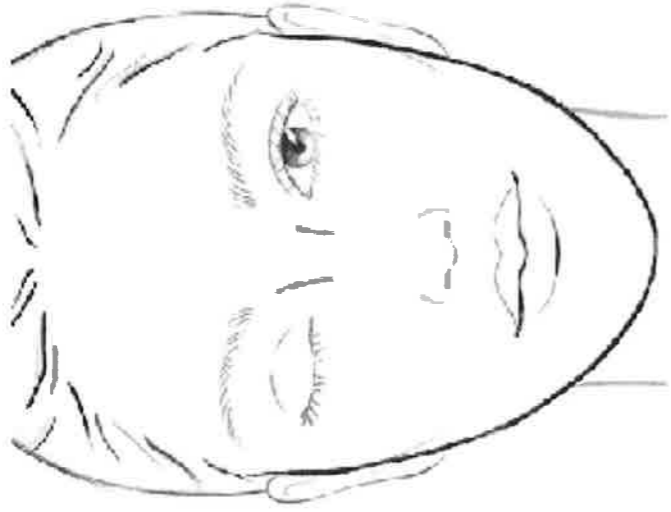
Date: 26-01-2019

Being

Made by Ghada

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

Patient's Name: *Zehra* :اسم المريض
 File Number: *1001515* :رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No :تخفيف الألم
 Evaluation and consent form completed? Yes / No :تكمين وتوقيع
 Pretreatment photography taken? Yes / No :تصوير ما قبل المعالجة



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	<i>7/6/20</i>					
Treatment Area	<i>Full body</i>					
Hair Type	<i>Alex</i>					
Mode	<i>8-9J/10ms</i>					
Fluence	<i>10.5ms</i>					
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes						
Starting Time	<i>11:40AM</i>					
Finish Time						
Post Treatment	<i>H/RUBOID</i>					

Therapist Name and Signature