



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 30/1/2019
Patient Name: Sabine Al. Fata
Date Of Birth: 7/10/1969 (تاريخ الميلاد) : M / F
Nationality: Lebanon (الوطنية) :
Address (العنوان) : Shoufah
E-MAIL:
File Number: 1001533
اسم المريض :
Marital Status: (الحالة الاجتماعية):
Phone No. (رقم الهاتف): 058479182
How did you know about us: Google

التاريخ الطبي Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
الحلة الطبية Medical Condition		
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؟	No	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	No	
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 مميتات الدم؟	No	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لو كيميا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مفتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
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؟	yes	under medicine
Other conditions HIV, HSV...etc	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: 30.01.19

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 نكر 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 العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو نتائج للعلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للقوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام 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 قسني للملف الصحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا 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 بون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

المؤشرات الحیویة

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

سبب زیارة المریض للعیادة

التاریخ المرضی: Disease History

الحساسیة

الأدویة Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عملیات سابقة ، ایحال للمستشفی

Smoking (التدخین): Y / N

Alcohol (الكول): Y / N

Drugs (تعاطی العقاقیر): Y / N

الملاحظات العامة و السریریة

General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعیة Radiography

التشخیص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

- Needs multiple Carious teeth need to be filled.
- suggested to undergo ortho - treatment but patient refused.

Doctor's Signature and Stamp

.....
Dr. Dahg
.....



***يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة 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"/> Always Burned, Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned
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	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydrocuenon on Site? Yes/ No هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
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 منة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Do/ Did you use any tanning products? Yes / No هل كنت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحلصة تسمير؟ هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Do you Have any tattoos on site? Yes / No هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
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 For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you done any permanent make up? Yes / No هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

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

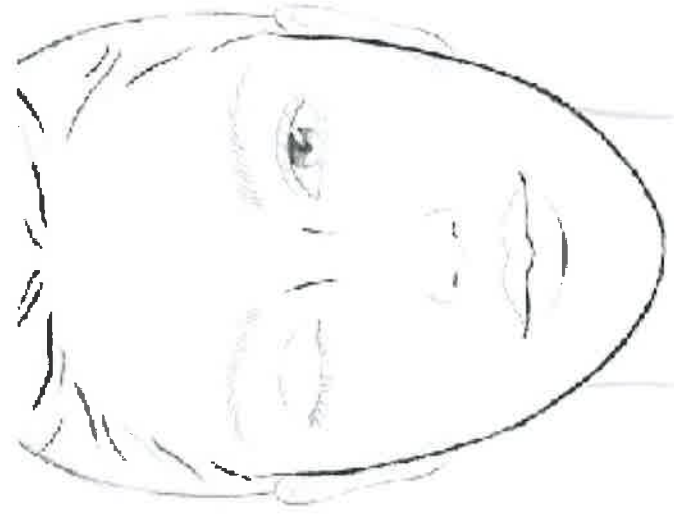
Date / /

أقر أنا مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المشعور. وأتفهم 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 انهاء الشعر. وأتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة والشعر والتزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. واني علم على علم كامل بكافة الطرق البنية لإزالة الشعر كالتقن والتفتا والكريمات وإزالة الشعر بالشع والشمع والكي وإني اخترت إزالة الشعر بالليزر، أقر بأنني قد تقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب قنادي إزالة الشعر بالشع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات والمساحية ونوع 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 أخطه 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. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشى خلال بضع ساعات الي عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدوم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
أقر أنه قد أتيت لمي الفرصة الاستفسار وتوجيه الأسئلة الي المعالج المختص واني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لمي و انمي تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغني السن القانوني.

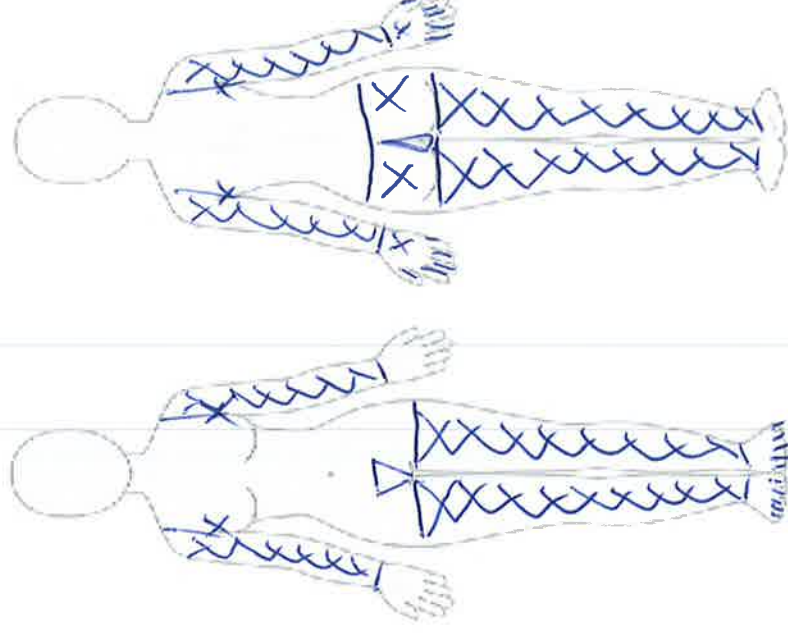
الاسم والتوقيع

التاريخ / /

اسم المريض:
 Patient's Name:
 رقم الملف:
 File Number:
 تقييم المريض:
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 رقم الملف:
 File Number:
 تقييم المريض:
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 رقم الملف:
 File Number:
 تقييم المريض:
 Evaluation and consent form completed? Yes / No



* = FACE NOT DONE, INSTEAD DO BUTTOCKS.



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	30/1/19					
Treatment Area	FULL BODY					
Hair Type	THIN					
Mode	AVEX / NDAG					
Fluence	6-7 J / 10 15/12.5					
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1					
Starting Time	12:35 PM					
Finish Time	2 PM					
Post Treatment	FUCONIN # + NEBO					

Therapist Name and Signature **E. BASSIE**

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO

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	Sabine,Joseph,Al Fata	IDN:	784197964750596	Mother Name:	
Name (Ar)	سابين جوزيف الفاتي	Card Number:	092756982	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	LBN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	لبنان		
Issue Date:	23/01/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	08/01/2021	Date of Birth:	07/10/1979	Sponsor Name:	كثير ديب عماد
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	06741719
Residency Type:	03	Residency Number:	10120173000730	Residency Expiry:	08/01/2021
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

1/30/2019