



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 03/04/2019

File Number: 1001554

Patient Name: Rashid, Ahmed, Mohamed

إسم المريض:

Date Of Birth : 6/19/1995 Gender (الجنس) M / F

Marital Status:(الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Emiraty

Phone No. (رقم الهاتف): 40501596915

Address (العنوان): Sheikhah

How did you know about us: friend

E-MAIL:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	X	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	X	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	X	
Surgical Operations, Serious illness هل اجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي امراض؟	X	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	X	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مسيحات للدم؟	X	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (نقر الدم)، انيميا	X	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	X	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	X	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي منع للحمل؟ هل تعاليت من مشاكل في الدورة الشهرية؟	X	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	X	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	X	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	X	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	X	
Other conditions هل تعاليت من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الحلا البسيط	X	



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 أقرار 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 العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى 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 له لدى تلقي الملف الصحية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفصاح عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار 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: 12. / 2012 ... 3

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg Blood Type (نوعية الدم):
Pulse (النبض): ppm Blood Pressure (ضغط الدم): / Blood Sugar (سكر الدم):

Height (الطول): cm

/

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة ، الخال للمستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp
.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

Public Data Readed Suc

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	Rashid,Ahmed,Mohamed,Sabir,Alameeri	IDN:	784199594203632	Mother Name:	Tayba Qambar
Name (Ar)	رائد أحمد محمد صابر الأحمري	Card Number:	082686750	Mother Name (Ar):	طيبة قمبر
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	301006727
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	26/03/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	26/03/2027	Date of Birth:	06/09/1995	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	08	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

<http://orchid.svr>

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

هناك ليزر ال Q-Switch أقر أنا _____ بتقويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

التقشير الكروني باستخدام لوشن الكروني بخصية التقشير بالليزر هو أحد الاستجابات لإعادة نمرة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشقوق الصغرى (البقع

صغراء والبقع غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إصرار الجلد، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي

تتكون نتيجة توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معصمهم فترة زمنية من 2-4 أسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 أشهر.

التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكروني، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكروني مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا

مانعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 أشهر خصوصا في حالة الكلف.

إزالة الوشم بالليزر.

الأورام الصغرى.

تفتيح الشعر.

إزالة فطريات الاضافر (الوضع A)

ببر إزالة الكلف (الوضع M)

معدات الإمتصاص للعلاج يتضمن:

تأثر عتار الأيسوتريتينول (الأكويان) خلال ال6 أشهر الماضية.

الحلل والرضاعة.

لأمراض الجلدية والإتهابات والأورام الجلدية المرطانية في منطقة العلاج.

مشاكل في الجهاز المناعي.

إصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي.

ضعف الشفاء (تكون الندوب الجلدية)

البياق.

يتم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة لن تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضائي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

تم الشرح لي عن الحاجة الى إنهاء خطة العلاج، وانا اقوم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي للليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج. وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر

وأي زوائد نيا وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي طرحتها لي بالكامل.

يتم ان كما هناك مخاطر لإجراء المطلوب، اقوم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الاقلام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

يتم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتضمن التالي: إصرار مؤقت، تغيرات مشابهة لتغيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة ايام فقط. تغيرات صبغية (بقع داكنة او

خفة على الجلد) أو إصرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الأعراض المحتملة قد تتضمن حكة، ألم، كدمات، التهاب ندوب أو التهاب.

هذه الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج. وعلى ايضا ابقاء عيناك مغلقتان أثناء العلاج. أقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات

خفيف.

تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة، وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتني وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التوقيع:

التاريخ:

3/2/2019

م المريض/لشي امر المريض:



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002507)

Date:03-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001554 - RASHID ALAMEERI - 971501592915

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 315.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-02-2019

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002656)

Date:14-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001554 - RASHID ALAMEERI - 971501592915

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **315.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**Bank: Cheque No.Date: **14-02-2019**Being **CARBON PEELING FOR FACE 300**Made by **Hiba**

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