



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 6 / 2 / 2019
Patient Name: Nada M.d.k.havneh
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 23 / 7 / 1988 Gender (الجنس): M / (F)
Nationality (الجنسية): Syria
Address (العنوان): Sha'ghah
E-MAIL: Google
File Number: 1001577
اسم المريض: 1001577
Marital Status (الحالة الاجتماعية):
Phone No. (رقم الهاتف): 0544214111
How did you know about us: Google

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 دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		
Corticosteroids/immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟		
Allergies هل لديك أي حساسية؟		
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي امراض؟		
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب		
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟		
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		
Chest disease, Asthima, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى		
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي امراض في الكلى أو امراض يولية أو تناسلية؟		
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى		
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟		
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟		
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟		
Other conditions فيروس الإيدز، فيروس الحلا السيط...etc		



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 يكتشف 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 الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استعمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات الجراحية و الجراحية و العلاجات و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التوريم 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 لي فنيي الملف صحية 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

Patient Assessment Form **التمارة** **تقرير الفحص السريري**

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg Height (الطول): cm Blood Type (دم):
Pulse (النبض): ppm Blood Pressure (دم): / Blood Sugar (دم):

Chief Complaint **سبب زيارة المريض للعيادة**

Disease History : التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ابحال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير) : Y / N

General & Clinical Findings **الملاحظات العامة و السريرية**

Examination **الفحص**

Radiography **الصور الشعاعية**

Diagnosis **التشخيص**

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO*

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	Nada,Mahmoud,,Maadkhaneh	IDN:	784198882962958	Mother Name:	
Name (Ar)	نادي محمود، مآدخانعه	Card Number:	092095204	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	09/12/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	06/11/2021	Date of Birth:	23/07/1988	Sponsor Name:	مؤسسة الامارات للعلمه الفقل و الخدمات
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120187443502	Residency Expiry:	06/11/2021
ID Type:	IL	Occupation:	2122	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

2/6/2019



PATIENT NAME: Nada.

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
3/3/19	LHR Full BODY (VIKINI) Pkg 4900 Session - 1 done.			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 7826 مركز أوركيدي الطبي Orchid Medical Center
2/4/19	LHR Full BODY (VIKINI)			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 7826 مركز أوركيدي الطبي Orchid Medical Center
13/5/19	LHR Full BODY (VIKINI)			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 7826 مركز أوركيدي الطبي Orchid Medical Center
1/6/19	Facial Faw.			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 7826 مركز أوركيدي الطبي Orchid Medical Center
29/6/19	LHR Full body LHR Full body (VIKINI) (Pikni pending)			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 7826 مركز أوركيدي الطبي Orchid Medical Center
19/8/19	LHR Full body VIKINI			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 7826 مركز أوركيدي الطبي Orchid Medical Center
30/12/19	LHR Full body (Deka)			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 7826 مركز أوركيدي الطبي Orchid Medical Center
20/1/20	LHR Full body LHR full body (Deka)			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 7826 مركز أوركيدي الطبي Orchid Medical Center
25/2/20	LHR Full body (Deka)			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 7826 مركز أوركيدي الطبي Orchid Medical Center
15/5/20	LHR full body (Deka)			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 7826 مركز أوركيدي الطبي Orchid Medical Center
9/6/20	LHR full body (Deka)			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 7826 مركز أوركيدي الطبي Orchid Medical Center



precisely Kindly Answer the following questions

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف المناسب 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 , عديمة 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"/> ناديرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات لدوب أو جيرة؟ 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 اي أو منتجات حمض الجليكوليك 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 منطقة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately?	هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحضرة شمس؟
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 اي 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 لبيروتك حاليا؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	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 أنني أوافق على إجراء إزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المعقود.

أفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين تدمر امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و اني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالمكياج و التفت و الكريمات وازالة الشعر بالشمع و الكي و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالشعير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل وبعد العلاج.

- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب ٦ أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و الحساسية و فرغ البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أفهم أنه برغم التغيير الذي قد أنحطه 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 و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. تقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و اني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت التامة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ
.../.../.....



precisely Kindly Answer the following questions يجيرجى 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 Have you ever had Scars or keloids? Yes / No Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No Have you Taken Akutan or Isotretinoin in the last 6 months? Yes/ No Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes/ No Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No Did you get exposed to sun or got tanned lately? Do/ Did you use any tanning products? Yes / No Do you Have any tattoos on site? Yes / No Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No What products you are using for your skin recently?..... Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No Have you done any permanent make up? Yes / No	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادراً الاحترق , دائمة الاسمرار هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدرية ؟ نعم / لا هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا هل استخدمت ريتين اي أو منتجات حمض الجلوكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا هل قمت بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا هل كانت اخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحمسة شمسية؟ هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم / لا هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حالياً؟ هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا هل قمت سابقاً 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 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.

أنا بقدمي الي تز اوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر. تفهم ان أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم صلبها في الأصبغ الموجودة في بصليات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. تفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و عمر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص لاج. و اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لازالة الشعر كالتفك و التفتف و الكريما و ازالة شعر بالشمع و الكي و اني اخترت ازالة الشعر بالليزر. بانني قد تلقيت التعليمات التالية:
 : يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج. يجب تفادي ازالة الشعر بالشمع أو التفتف قبل العلاج ب 6 اسابيع على الأقل. لوشوم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر. يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملاً و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة لأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست اشهر الماضية أو اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر. تفهم انه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات وصول على النتيجة المطلوبة. مراض الجانبية تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق و من الممكن حدوث بعض التورم و لبقعات. و هذه الأعراض ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
 انه قد أتيتحت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و اني قد قرأت و ت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قرأته لي. و اني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت ن موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

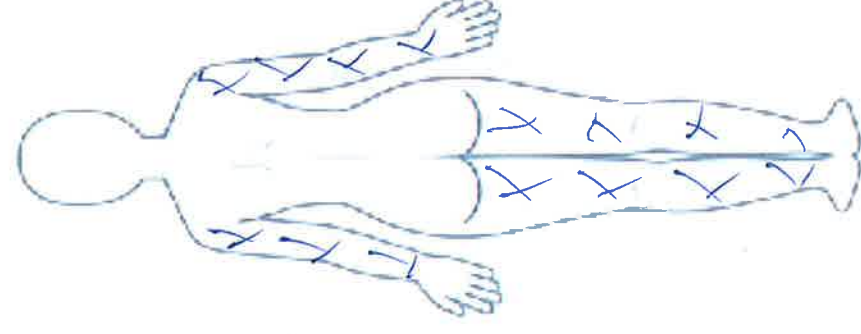
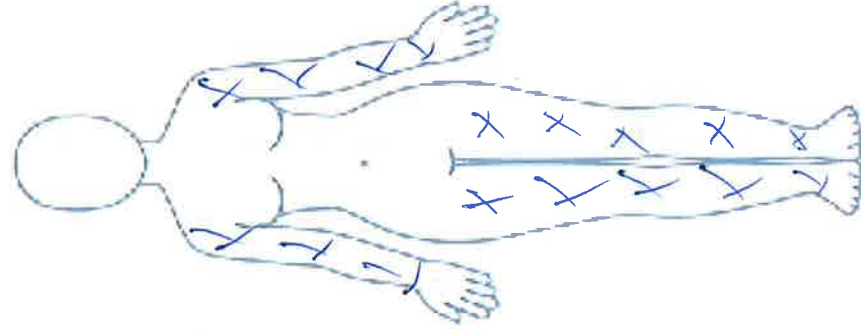
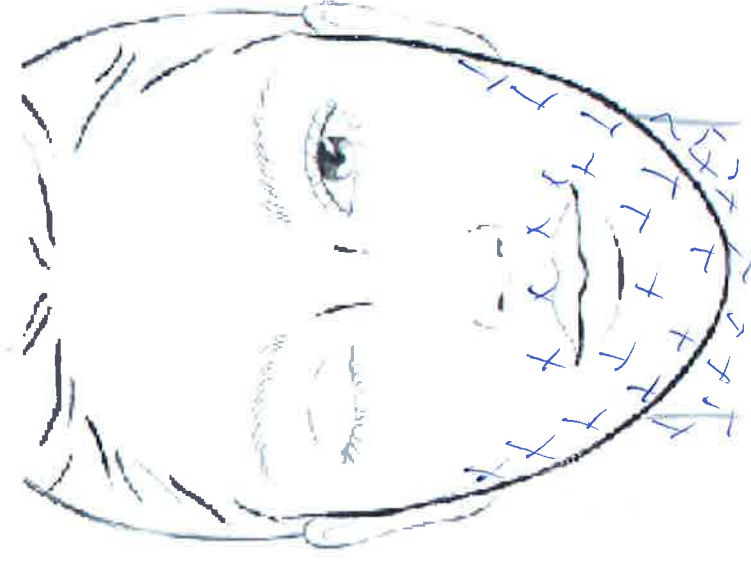
Name and Signature

Date / ... /

سم و التوقيع

تاريخ / ... /

Patient's Name: Nada Hadkhaeh
 File Number: 1001577
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No

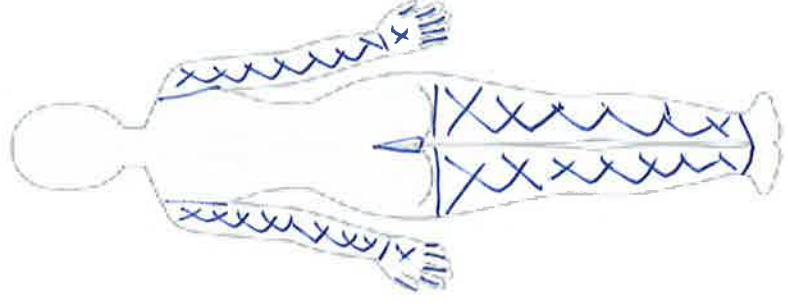
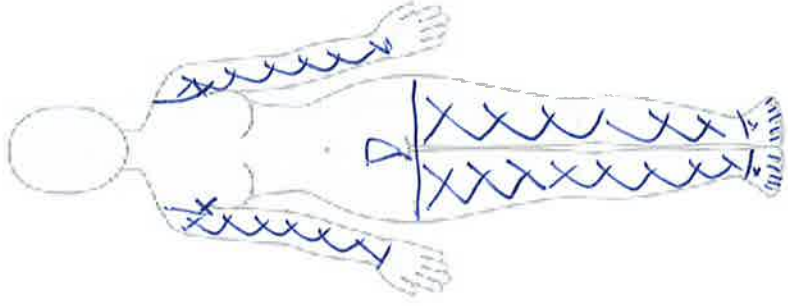
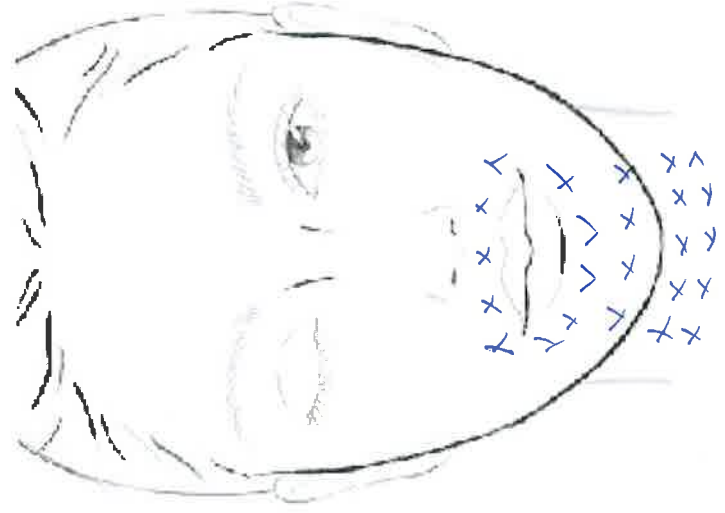


Deka, Deka

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	2/10/19	30/12/19	30/1/20	25/02/20	17/5/20	9/6/20
Treatment Area	Full body	Same	same	Same	full body	full body
Hair Type	Black ID		Medium	Same	Med ID	MD
Mode	DP1 FOP	Alex: 20	Alex (20)	Med/Dark	Alex 20	Alex 20
Fluence	22/SH	8J/11-12ms	8J/11.5	Alex: 20	715 ms	8/13-15ms
Pulse Type			UA, Biliun		1 pass	pass
CNT Pulse		12:40pm	True	8J/10-10ms	Bikini 13/18	Bikini 14/19
Passes	2	1:40pm	Alex (16)	UA, Biliun	8pm	Beer
Starting Time	2pm	HIR00010	11J/10ms	not done	sunat	
Finish Time		Bilin not done	Hirudoid	occluded		
Post Treatment	3:45pm	done		fluorocort		

Therapist Name and Signature

Patient's Name: اسم المريض: **Nada Madkhaneh**
 File Number: رقم الملف:
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No
1001577



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	3/3/19	2/4/19	13/5/19	2/6/19	19/8/19	2/9/19
Treatment Area	Full body	Full body	Full body	Full body	Full body	Full body
Hair Type	Medium-thick	Thick, dark	Thick/Dark	Thick/Dark	Thick/Dark	Thick/Dark
Mode	DPI / FDP	DPI, FDP	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI / FDP
Fluence	18-20J/cm ²	18-20J/cm ²	18-20J/cm ²	24/SH	24/SH	24/SH
Pulse Type	SHORT	SHORT	SHORT	SHORT	7/7	7/7
CNT/Pulse	2, 1	2	2	2	2	2
Passes	2, 1	2	2	2	2	2
Starting Time	3:30 PM	4:20 PM	10:30	2:30 PM	3 PM	12N
Finish Time	5 PM	5:40 PM	11:45 PM	3:45 PM	4:30 PM	1:30 PM
Post Treatment	MED	(Bikini Not done. She will come later for that)				
Therapist Name and Signature	BEENA / BUSSE					

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,900.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002567

Date: 06-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001577 - NADA MADKHANEH - 971544214111

The sum of Dhs. **Four Thousand Nine Hundred Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **4,900.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR PACKAGE 12 SESSIONS - VIKINI -NON REFUNDABLE - BAL 245 VAT**

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

AED 4,900.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003444)

Date: 25-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001577 - NADA MADKHANEH - 971544214111

The sum of Dhs. **Four Thousand Nine Hundred Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **4,900.00**

Bank: Cheque No. Date: 25-04-2019

Being **FULL BODY PKG 12 SESSION FOR 1 YEAR + VAT**

Made by **Rana**

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 : 1001577 - NADA MADKHANEH - 971544214111

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

جهاز Q-Switch Laser أقر أنا لداؤ حفا حسين بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لاجراء العلاج باستخدام

ليزر ال **التقشير الكروني** باستخدام **لوشن الكروني** بتبعية **التقشير بالليزر** هو احد الإستطبات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشذوذ

الصنعي (البقع الحمراء والنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إحصار الجلد، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب) ، الندوب التي تتبع الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معضمهم 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 الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 أشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الأضافر (الوضع A)

. بتر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكروتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

. الأمراض الجلدية والإتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(ككون الندوب الجارية)

. البهاق.

أتقدم تماما ان النتائج الطالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة ان تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات. لقد تم الشرح لي عن الحاجة الي انتهاء خطة العلاج. و انا اتقدم ان النتائج قد تختلف بالنظر الي استجابتي للليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج. وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي تمحرت لي بالكامل.

أتقدم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب. اتقدم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/الانقمام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الي فترة شفاء.

اتقدم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت، تغيرات مشابهة لتغيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الي عدة ايام فقط. تغيرات صبغية (بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الي ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكة، ألم، حكمت، التهاب، ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للخين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلى ايضا ابقاء عياني مغلقا اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

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

التوقيع:

التاريخ:

اسم المريض/ولي امر المريض:





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 100.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006799

Date: 30-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003262 - FATIMA AHMED - 971502060840**

The sum of Dhs. **One Hundred Only**

By Cash **100.00** / 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:

Being **ADVANCE FOR RCT**

Made by **Rana**

- 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

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