



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Date: 2019 / 12 / 27

File Number: 10.015.81

Patient Name: Hessa Shabdad

اسم المريض:

Date Of Birth: 15 / 7 / 1975 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: ... (الجنسية):

Occupation:

Address: ... (العنوان):

Phone No. : 5557557732

E-MAIL: ... (البريد الإلكتروني):

How did you know about us: Google

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No نعم / لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أيستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي امراض؟	Yes/No
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	Yes/No
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميحات للدم؟	Yes/No
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	Yes/No
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	Yes/No
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟	Yes/No
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حاملة؟ هل تتعاطين اي ملع للحمل؟ هل تعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	Yes/No
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، اي امراض معوية اخرى؟	Yes/No
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكرى او امراض الغدة الدرقية؟	Yes/No
Other conditions HIV, HIV ...etc هل تعاطى من أي امراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط ...etc	Yes/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: ... / ... /

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 الأفضل 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 لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالتهاب 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 قدمته لي فتحى الملف صحفية و تفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع 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: / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، أحوال المستشفى

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

.....



***يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة**

How do you better describe your skin Type

Always Burned , little tanned
 Always Burned, Never Tanned
 Little Burned, Always Tanned
 Rarely Burned, Always Tanned

Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No
 Yes
 No

Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No
 Yes
 No

Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinon on Site? Yes/ No
 Yes
 No

Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No
 Yes
 No

Did you get exposed to sun or got tanned lately?
 No
 Yes

Do/ Did you use any tanning products? Yes / No
 No
 Yes

Do you Have any tattoos on site? Yes / No
 No
 Yes

Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No
 No
 Yes

What products you are using for your skin recently?.....
 No
 Yes

Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No
 No
 Yes

For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No
 No
 Yes

Have you done any permanent make up? Yes / No
 No
 Yes

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 بصحة شعري
 مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المؤقت، به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.

و أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعمل قبلتها على إنهاء الشعر.

و أتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك و الكريمات و إزالة الشعر بالشع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تفقت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتشمير او استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 اسابيع قبل و بعد العلاج.

- يجب تعادي إزالة الشعر بالشع و الشمع او التفت قبل العلاج ب 6 اسابيع على الأقل.

- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة

- الأشخاص الذين تناولوا عقار الكورتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أفهم 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 و التشققات، و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج.

أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها، و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

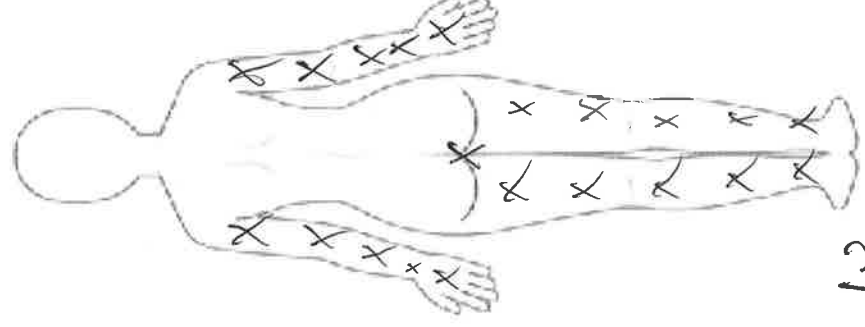
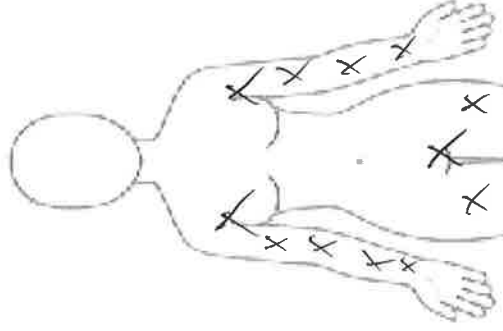
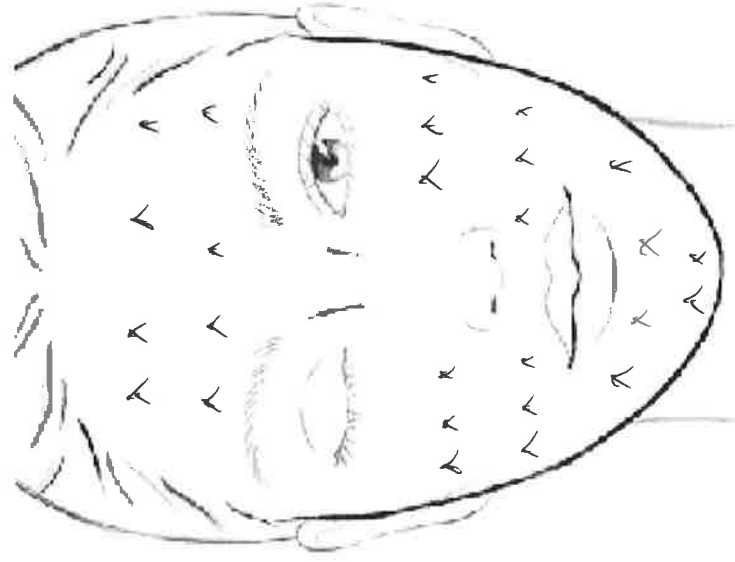
أقر أنه قد أتحدث لي الفرصة للاستفسار و توجيه الاسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي، و إنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلغي السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ

2019/4/2

Patient's Name: t.hessa
 File Number: رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No 100% 81
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



8th. 9 10 11 12.

Cinola

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	4/03/20					
Treatment Area	full body					
Hair Type	Soft/Dark					
Fluence	Alex: 24					
Pulse Type	FJ/3ms					
CNT Pulse						
Passes	B.W.M - YAG					
Starting Time	12-9J/8ms					
Finish Time						
Post Treatment	HRW D0 1P					

Therapist Name and Signature

اسم المريض: Hessa Shahad

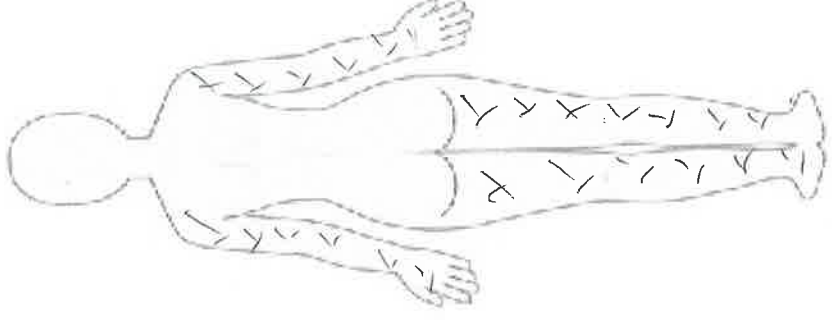
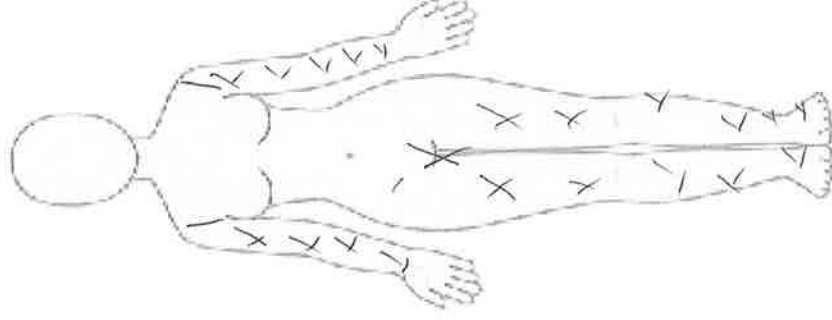
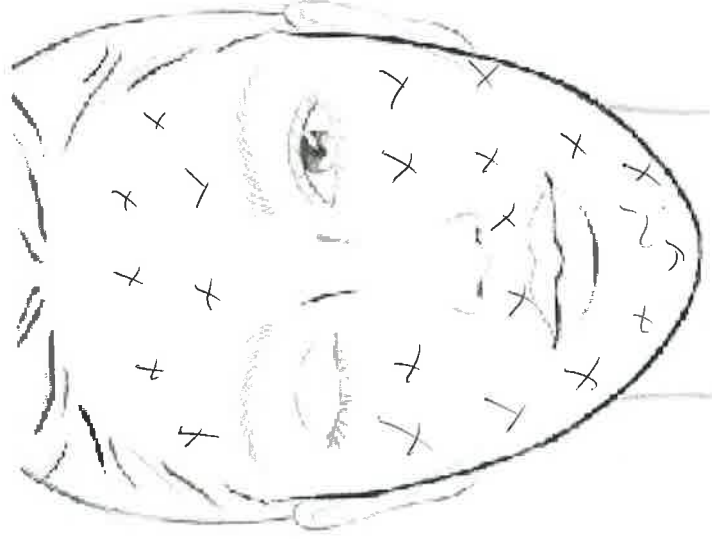
اسم المريض:

File Number: 100581

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No



Treatment Date	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
4/11/19	5/5/19	12/06/19	20/8/19	13/10/19	26/12/19	
Full Body	Full Body	Same	full body	full body	Same	
COARSE	M/DARK	M/dark	M/DARK	MID	M/Dark	
DPI / FDP	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI FDP	DPI / FDP	
16J 5J	18J / 6J	18J / 6J	18 / 6J	22 / 54	22 / 54	
BURST / SHORT	BURST / SHORT	BURST / SHORT	18 / 6J	22 / 54	22 / 54	
Passes	2 pass	2 pass	2	2	6/6	
Starting Time	4PM	4PM	4PM	3:30pm	4:15 pm	
Finish Time	5:00pm	5:30pm	5:30pm	5pm	5:30pm	
Post Treatment	None	None	None	None	None	

Therapist Name and Signature

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	Hessa,Ibrahim,Hassan,,Shahdad	IDN:	784197538628419	Mother Name:	
Name (Ar)	حصه ابراهيم حسن, وشهداد	Card Number:	090855266	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	COM	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	جزر القمر		
Issue Date:	17/09/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	29/08/2021	Date of Birth:	15/07/1975	Sponsor Name:	كلثم اسماعيل حسن
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	323891
Residency Type:	03	Residency Number:	20120123114414	Residency Expiry:	29/08/2021
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

2/7/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002580)

Date:07-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001581 - HESSA SHAHDAD - 971507557732

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 105.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-02-2019

Being PACKAGE 1200 VALENTINE

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

262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002581)

Date:07-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001581 - HESSA SHAHDAD - 971507557732

The sum of Dhs. Two Hundred Sixty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 262.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-02-2019

Being PACKAGE 1200 VALENTINE

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

No: REC-002582

RECEIPT VOUCHER

Date: 07-02-2019

AED 892.50

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001581 - HESSA SHAHDAD - 971507557732

The sum of Dhs. **Eight Hundred Ninety Two and Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **892.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR BOTOX (PENDING ONLY)- VALENTINE PACKAGE 1200 - NON REFUNDABLE**de by **Ghada**Tel: + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail: info@omc1.aewww.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 5,145.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002583

Date: 07-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001581 - HESSA SHAHDAD - 971507557732

The sum of Dhs. Five Thousand One Hundred Fourty Five Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 5,145.00 (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 (ONE YEAR)- VIKINI - NON REFUNDABLE

Issued by Ghada

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

www.omc1.ae