



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 12/2/19

Date: 12/02/2019

File Number: 1001610

Patient Name: FOZIA SHUJAAT

اسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 16/07/1980

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

.....

Nationality (الجنسية): Pakistan

House

Address (العنوان): S.H.I

Phone No. (رقم الهاتف): P.S.O - 3360946

E-MAIL: fsgreat@hotmail.com

How did you know about us: friend

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	Yes/No نعم / لا ✓
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	X
Allergies هل لديك أي حساسية؟	X
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	X
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	X
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	X
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	X
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	X
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	X
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	X
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى	X
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	X
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	X
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟	X
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HIV, HSV...etc	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: 12/02/2019

### 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 ترويدي 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 الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج 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 للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و اترك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو النزوم 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 لدي تخفي اللطف صحية 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 بأكمل 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 (نمىة الدم):	
Pulse (النفس):	ppm	Blood Pressure (مغظ 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 ، اأخال للمستشفى

Smoking (التخين) : Y / N

Alcohol (تعاطي 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

.....



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 , 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"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جندرة؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No <input checked="" type="checkbox"/>	هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو قروحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or isotretinone in the last 6 months? Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No <input checked="" type="checkbox"/>	هل قمت بتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	هل كنت قد تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بطبسة تسمير؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently? .....	ماهي المنتجات التي تستخدمينها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟ .....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

I, Fozia Shujaat 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 Fozia Shujaat

Date 12/02/2019

أقر أنا Fozia Shujaat أوافق على إجراء إزالة الشعر بالليزر في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المقطوع. وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إنهاء الشعر. وأتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وأي علم على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر المصطنع أو الكي والتفت والكريات وإزالة الشعر بالشمع والشمع والكي وأي اختبرت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تقيت التعليمات التالية:  
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.  
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.  
- الوشم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.  
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والحساسية ونوع البشرة  
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يحكمهم إزالة الشعر بالليزر.  
أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد يحدثه من الجلسة الأولى يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

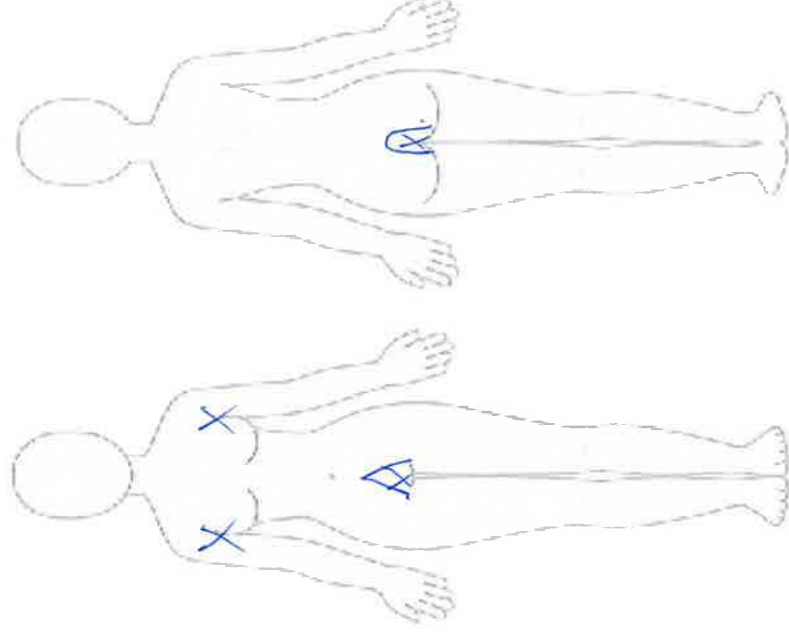
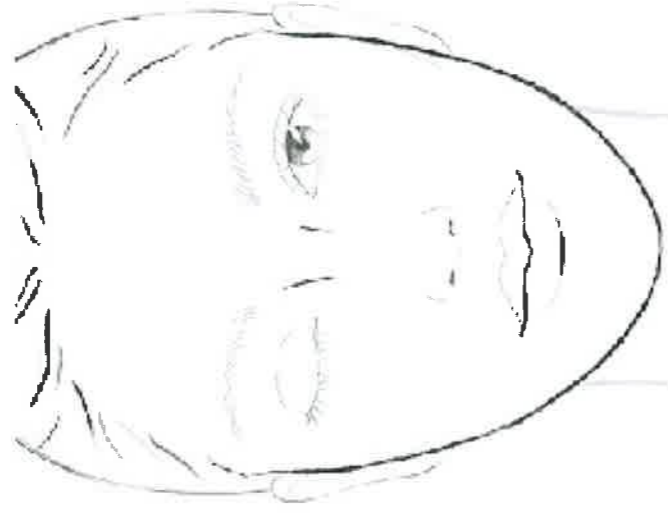
الأعراض الجانبية  
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. ومن الممكن حدوث بعض التورم والتشققات. وهذه الأعراض الجانبية ستتلاشى خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص الشمس وزيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص وأني قد قرأت وفهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي، وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري وأحصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ

Patient's Name: ..... **FOZIA SHUJAT** ..... :اسم المريض  
 File Number: ..... **1001618** ..... :رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No ..... **NO** ..... :تخفيف الألم  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	12/2/19	9/4/19	2/7/19			
Treatment Area	Axilla, Thick DARK	Axilla, Bikini	Axilla, Bikini			
Hair Type	DARK	ND YAY	DARK			
Mode	6J / SPOT	SPOT 10	6J / AX			
Fluence	16 J/cm <sup>2</sup>	17 / 25 m <sup>2</sup>	6J / AX			
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	2					
Starting Time	5:10	1	3 PM			
Finish Time	5:30 PM	6:30	3:20 PM			
Post Treatment	Friction H	7 PM	Friction			
			Brush			

Therapist Name and Signature ..... *[Signature]* .....

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO\*

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	Fozia,Shujaat,Shujaat,Abbas	IDN:	784198015139854	Mother Name:	
Name (Ar)	فورزیه شجاعت شجاعت ,عباس	Card Number:	087351688	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PAK	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	پاکستان		
Issue Date:	26/01/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	20/01/2021	Date of Birth:	16/07/1980	Sponsor Name:	شجاعت عباس سید سکرات علی
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	33860619
Residency Type:	03	Residency Number:	20120063025429	Residency Expiry:	20/01/2021
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

2/12/2019







مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,102.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002637)

Date:12-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001610 - fozia shujaat - 971503360946

The sum of Dhs. One Thousand One Hundred Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,102.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 12-02-2019

Being Package Price, Bikini 3 Sessions - Under Arm 3 Sessions Laser Hair Removal First Session Done

Made by Rana

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 307.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004771)

Date:17-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001610 - fozia shujaat - 971503360946**The sum of Dhs. **Three Hundred Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **307.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Date: **17-08-2019**Being **SCALING + AND POLISHING + VAT + COMPOSITE FILLING**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 : **1001610 - fozia shujaat - 971503360946**

---

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e – mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**