



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 19/2/19

Date: 19/2/2019

File Number: 1001633

Patient Name: Samah Marwan Mohd. Hassan El Kadiri (اسم المريض: سامية مرwan محمد هسان العكاديري)

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 8/7/81 Gender (الجنس): M (F) (الحالة الاجتماعية): Married (اسم الزوج): Marwan

Nationality (الجنسية): Palestine (الوظيفة): Engineer (اسم الوظيفة): Engineer

Address (العنوان): Hamam Al-Qawwan (رقم الهاتف): 050-4442475

E-MAIL: How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	Yes	كوليسترول / عقاقير
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 أمراض؟	Yes	3 فيصريات
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الهربس البسيط، فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط 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: 19 / 2 / 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 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 اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية او 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 ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم 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 لى قمتي الملف صحيحة. و أتفهم 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 لني 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 (نصبة 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 ، ابحال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعقي): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

LHR

Treatment Plan
(PKG 1YR)

1. LHR FULL BODY WITH OUT FE BACK.

Sub ULC, CHN, FULL ARMS, LOWER LEG DONE TODAY.

BALANCE SHE NIKR DO LAST

14/11/19	LHR	FACE BODY VIKNI	(FACE DEKA)	Neer
14/5/19	LHR	Full body vika	(Face)	Neer
13/6/19	LHR	Full body arika		Neer
21/7/19	LHR	Full body (VIKNI)		Neer
24/8/19	LHR	face body VIKNI		Neer
25/9/19	LHR	Full body (VIKNI)		Neer
29/10/19	LHR	Full body (VIKNI)		Neer
27/11/19	LHR	Full body (VIKNI)		Neer
15/1/20	LHR	full body (Delea)		Neer
17/1/20	LHR	full body (Delea)		Neer
15/3/20	LHR	full body (Delea)		Neer
		pkg finished		

Doctor's Signature and Stamp



precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟

دائماً الاحترق , قليلاً الاسمرار
 دائماً الاحترق , عديمة الاسمرار
 قليلاً الاحترق , دائماً الاسمرار
 نلربدا الاحترق , دائماً الاسمرار

هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جندرة نعم / لا

هل ظهر لديك حلا بسيط أو بشر أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا

هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا

هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدريكوتون في منطقة العلاج؟ نعم / لا

هل قمت بنقف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا

هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحلصة تسمير؟ نعم / لا

هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا

هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا

هل تم تشخيصك سابقاً بأي مشاكل هرمونية؟ نعم / لا

ماهي المنتجات التي تستخدمتها / تستخدمها ليعزتك حالياً؟

هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا

السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا

هل قمت سابقاً بإجراء كياج دائم للوجه؟ نعم / لا

I, Samah El Kadri, 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

SEK

Date 09/07/19

أقر أنا
 مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المشفر.

وأنتقم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر تعمل قدرتها على انهاء الشعر. وأنتقم أن تتلق العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج، و إنني علم على كامل كافة الطرق الباردة لإزالة الشعر الحاصل و الكريما و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب قادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب ٦ أسابيع على الأقل.
- التشمع و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات و الحساسيات و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية و أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أنتقم أنه برغم التغيير الذي قد أظهته من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية لحرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستتلاشى خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و يتصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتممت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و إنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. و إنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمرني في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ

اسم المريض: **SAMA EL KADRI**

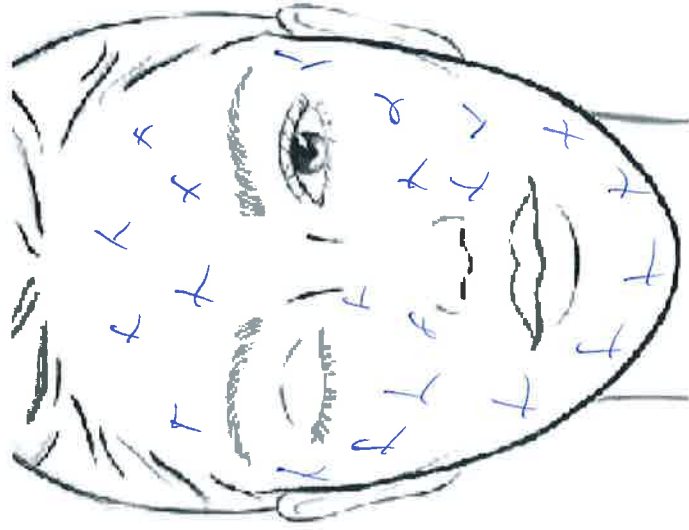
اسم المريض:

File Number: رقم الملف:

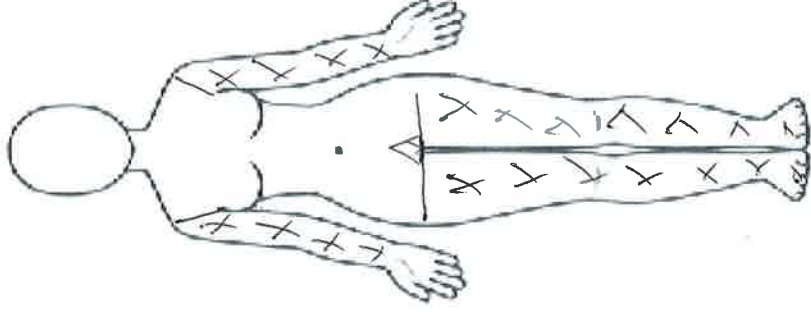
Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No 1001633

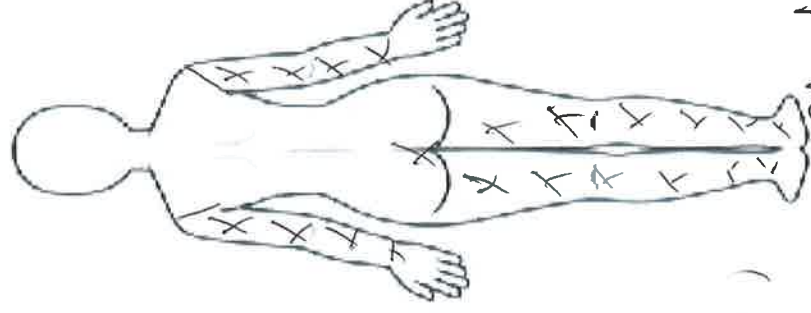
Pretreatment photography taken? Yes / No



face DeKa.



DeKa.



pkg finished

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	25/9/19	26/10/19	27/10/19	15/1/20	17/2/20	15/3/20
Treatment Area	Full body	Full body	Full body	Full body	Full body	Full body
Hair Type	Soft Dark	M/S/D	M/S/D	M/S/D	Soft LD	Soft LD
Mode	DPI FDP	DPI	DPI	Alex 16	Alex 20	Alex 20
Fluence	24/SH 7/7	24/SH 7/7	28-30/SH	12/10 MS	9/10 S.S.	9/10 MS
Pulse Type		SH	SH		9/10 MS	9/12 MS
CNT Pulse			FDP 7/7		9/10 MS	9/12 MS
Passes	1	1	1	Bikini 22/20	Bikini 14/18 MS	leg. 1eg.
Starting Time	2:15 PM	2:30 PM	2:40 PM	3 PM	3 PM	Bikini 4/ ND 4/4/8
Finish Time	3:45 PM	4:10 PM	4:45 PM	4 PM	4 PM	3 PM 4 PM
Post Treatment	Handled	Handled	Handled	Handled	Handled	Handled

Therapist Name and Signature

Handled

Handled

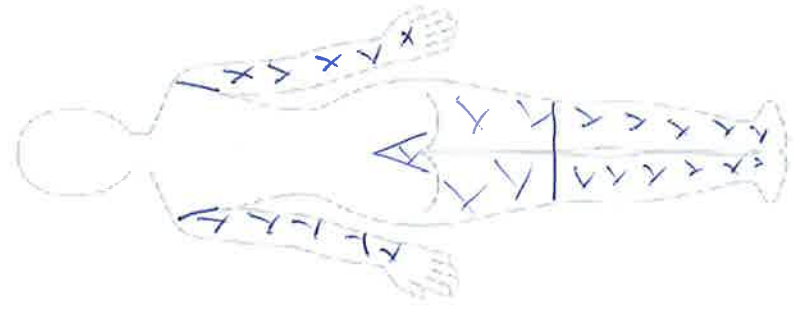
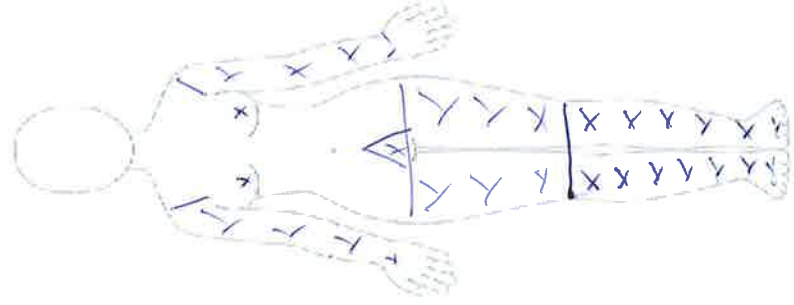
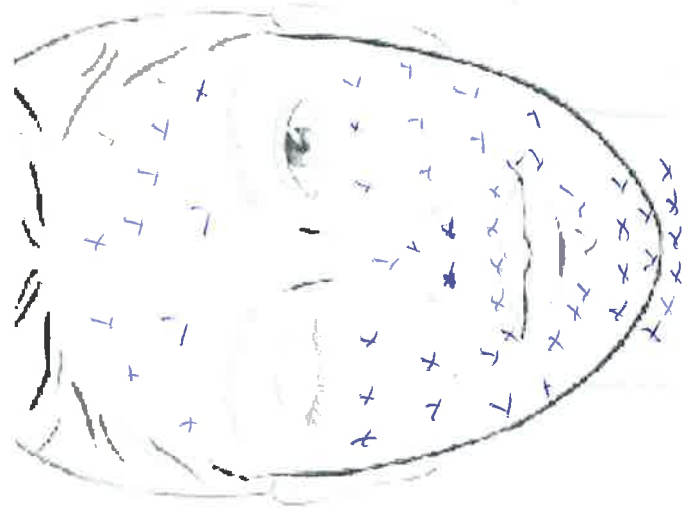
Handled

Handled

Handled

Handled

Patient's Name: SAMAEEL KADRI إسم المريض
 File Number: 1001633 رقم الملف
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



UL, AKNI, U-HANDS
 Beards area pending
 will do last

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	12/3/19	14/11/19	14/5/19	13/6/19	21/7/19	24/8/19
Treatment Area	full body	full body	full body	full body	full body	full body
Hair Type	DPI FDP	DPI FDP	DPI FDP	DPI FDP	DPI FDP	DPI FDP
Mode	20J SHORT	22J SHORT	22J 7	24J 6J	24J 17/6	24J 7/7
Fluence				SHORT	180	SH
Pulse Type						
CMT Pulse						
Passes	2	2	2	2	2	2
Starting Time	3pm	4pm	3pm	2.45pm	2	2
Finish Time	4.30pm	6pm	4.45pm	4.20pm	5.30pm	5.20pm
Post Treatment	Metformin Fucicor 7	Hindoid	pen spec	pen spec	7.45pm	7pm

Therapist Name and Signature Saeed

Beard

pen

pen

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQXO

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	Samah,Marwan,Mohamed,Alkadri	IDN:	784198198794806	Mother Name:	
Name (Ar)	سامح مروان محمد الكادري	Card Number:	092948925	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PSE	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	فلسطين		
Issue Date:	03/02/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	30/01/2021	Date of Birth:	08/07/1981	Sponsor Name:	شركة القطيم ذ م م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120132062962	Residency Expiry:	30/01/2021
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

2/19/2019



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

5,145.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002691)

Date:19-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001633 - SAMAH EL KADRI - 971504442475

The sum of Dhs. **Five Thousand One Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **5,145.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 19-02-2019

Being **FULL BODY PACKAGE 4900 OFFER**Made by **Rana**

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,100.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008160)

Date:15-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001633 - SAMAH EL KADRI - 971504442475

The sum of Dhs. **Two Thousand One Hundred Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **2,100.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 15-03-2020

Being **4 sessions full body + 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 : 1001633 - SAMAH EL KADRI - 971504442475

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