



File No:

Date: 19/2/2019

Date: ... / ... / File Number: 100.1635.....

Patient Name: Hind Rahmane اسم المريض:

Date Of Birth: 29/01/76 Gender: M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: Moroccan (الجنسية): Occupation: (الوظيفة):

Address: (العنوان): Phone No. (رقم الهاتف): 0543046906.....

E-MAIL: How did you know about us:

| التاريخ الطبي Medical History | | |
|---|--------------------|---|
| العلة الطبية Medical Condition | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية 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 تعاني من أي أمراض؟ | | |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | | |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعة للدم؟ | | |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) | | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى | | |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ | | |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | | |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى | | |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ | | |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | | |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ | | |
| Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ | | |
| HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...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 الطبية.
- 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 تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو التزيب 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 قضي الملف صحيحة و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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 بكمال ارادتي

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /



المؤشرات الحيوية Vital Signs

| | | | | |
|-----------------|-----|------------------------------|----|-------------------------|
| Weight (الوزن): | Kg | Height (الطول): | cm | Blood Type (دمية الدم): |
| Pulse (النبض): | ppm | Blood Pressure (دمية الضغط): | / | Blood Sugar (سكر الدم): |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، الخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

خطة العلاج Treatment Plan

Doctor's Signature and Stamp

.....

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة
precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأقرب لنوع بشرتك؟

دائماً المحترق ، قلة الاسمرار
 دائماً المحترق ، عجية الاسمرار
 قلة المحترق ، دائماً الاسمرار
 نادرة المحترق ، دائماً الاسمرار

هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدر؟ نعم / لا

هل ظهر لديك حلا بسيط أو ثور أو تورحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا

هل تناولت عقار الكويتان / الستيروئيدية خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا

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

هل قمت بتتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحلقة شعيرة؟ نعم / لا

هل استخدمت مستحضرات تجميل البشرة؟ نعم / لا

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

هل تم تشخيصك سابقاً بأي مشاكل هرمونية؟ نعم / لا

هل هي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركت حالياً؟

هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا

السيدات فقط: هل أنت حامل؟ نعم / لا

هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

أقر أنا هند حسون بشخصي
مركز أوركيد الطبي/ العيادة لإزالة الشعر غير المؤلم به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعمل تقريباً على إتمام الشعر. وأفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ودرج الشعر والتزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسة و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف والكريات وإزالة الشعر بالشمع والتي وإني اختارت إزالة الشعر كالمكياج والتف والكريات وإزالة

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التف قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الينشيم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والحساسية ونوع البشرة
- الانضباط للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
أفهم أنه برغم التغيير الذي قد يحدثه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق، ومن الممكن حدوث بعض التورم أو التهابات الجلد أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدوم في حال حدوثها. ويصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
أقر أنه قد أتاحت لي الفرصة لاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص وأني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار. أو قد تمت قراءته لي. وأني تجاوزت القائمة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أموري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم والتوقيع
هند حسون

التاريخ
19/2/2019

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
.../.../.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQXO

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 | Hind,,,Rahmoun | IDN: | 784197681493959 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | هند راحمون | Card Number: | 092555388 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | MAR | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | المغرب | | |
| Issue Date: | 11/01/2019 | Sex: | F | Sponsor Type: | 03 |
| Expiry Date: | 26/12/2021 | Date of Birth: | 29/01/1976 | Sponsor Name: | اكبر عسكر عسكوى |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 11631217 |
| Residency Type: | 03 | Residency Number: | 20120023017354 | Residency Expiry: | 26/12/2021 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 11 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

2/19/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

787.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002700)

Date:19-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001635 - hind RAHMOUN - 971543046906

The sum of Dhs. Seven Hundred Eighty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 787.50 / 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 LHR + VAT

Made by Hiba

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