



File No:

Date: 21 / 2 / 19

Date: ... / ... /

File Number: 1001644

Patient Name: MR. A.L.I.

اسم المريض: علي محمد عبد الله الشريهان

Date Of Birth (تاريخ الميلاد) 21 / 4 / 1978

Gender (الجنس) M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): متزوج

Nationality (الجنسية): كويتية

Occupation (الوظيفة): ممرض

Address (العنوان): طريق النخلة

Phone No. (رقم الهاتف): 9950 2486556

E-MAIL: al.ahmed78@hotmail.com

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

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 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 تعيين 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 ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب 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 لدي قنحي الملف صحيحة. و أتفهم أن أي 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: 21... 12... 2011

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نوعية 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 ، اذخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظمي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

[Empty treatment plan area with faint horizontal lines]

Doctor's Signature and Stamp

.....

precisely Kindly Answer the following questions

*يرجى الإجابة 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 Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No
 Yes
 No

Have you Taken Akutan or Isotretinoin 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?

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

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

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

What products you are using for your skin recently?

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

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

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

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 علي محمد علي عيسى مقدمي إلى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المقور.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعمل قدرتها على إنهاء الشعر.

وأفهم 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، و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق والتف والكريمات وإزالة الشعر بالشمع و إنني اختارت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالشمع أو استخدام مستحضرات التجميل 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 الشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أفهم أنه برغم التغيير الذي قد أخطئه 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 والتشققات، وهذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج، تقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدم في حال حدوثها، ويصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

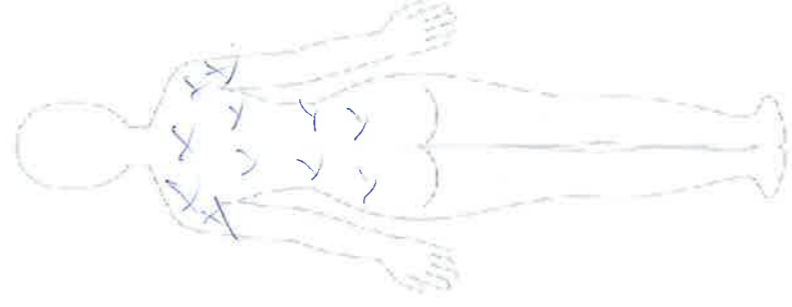
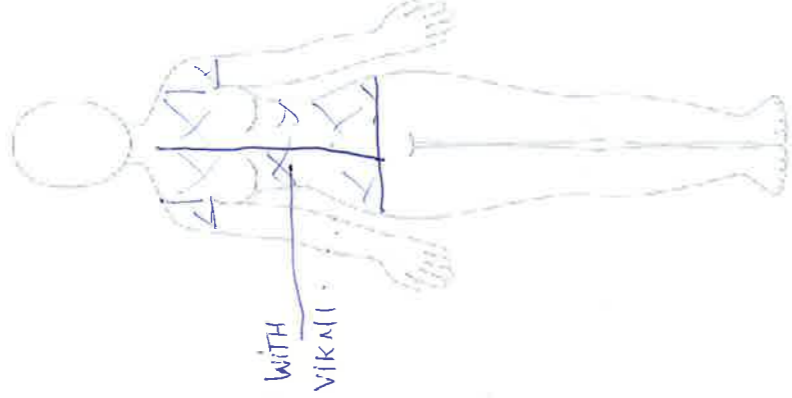
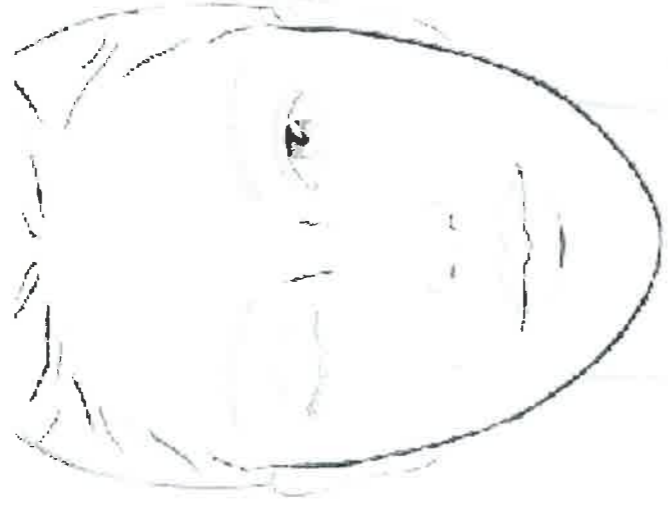
أقر أنه قد أتيت لي القوصة الاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و إنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لني، و إنني تجاوزت القائمة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ

2017 / 12 / 19

Patient's Name: MR. AKI إسم المريض: عبدالله الربيعي
 File Number: 1001644 رقم الملف: 1001644
 Pain Relief given? Yes / No Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	21/2/19	9/3/19		22/3/19		
Treatment Area	Full Front & Neck	BEARD, NECK		Full F & B		
Hair Type	DARK COARSE	DARK COARSE		Dark		
Mode				Full F & B		
Fluence	50	12/20ms	ND YAG	ND YAG		
Pulse Type			SPOT 10	SPOT 20		
CNT Pulse			20 J/20 MS	18 J/25 ms		
Passes	1			D/THICK		
Starting Time	12.45	4.50pm				
Finish Time		5pm				
Post Treatment		None				

Therapist Name and Signature None

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	Ali,Mohammed,Abdulla,Alabd Alshetryari	IDN:	784197884295391	Mother Name:	Maryam Salem Ahmed Al Mazrooei
Name (Ar)	علي محمد عبدالله العبد التيتري	Card Number:	078939580	Mother Name (Ar):	مريم منام احمد المزروعي
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	101076041
Issue Date:	21/06/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	21/06/2021	Date of Birth:	21/04/1978	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:		Occupation Field:	17

Photo



Signature Image

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

2/21/2019



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002715)

Date:21-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001644 - ALI MOHAMMED - 971504486556**

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Sixty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **1,260.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **21-02-2019**

Being **PATIENT PAID 1000 PACKAGE + 200 BECAUSE HE CHANGED TO DEKA LASER AND PAID THE DIFFERENCE**

Made by **Rana**

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003044)

Date:23-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001644 - ALI MOHAMMED - 971504486556**

The sum of Dhs. **Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **997.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **23-03-2019**

Being **FULL FRONT + FULL BACK + 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 : **1001644 - ALI MOHAMMED - 971504486556**

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

www.omc1.ae