



File No: 1001649

Date: 23/2/2019

Date: 23/2/2019

File Number: 1001649

Patient Name: A.F. Al-Hamad, Al-Khatib

اسم المريض: .....

Date Of Birth: 17/01/1987 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) .....

Nationality: E. Emirati

Phone No. (رقم الهاتف): 050-4873138

Address (العنوان): R.A.K.

How did you know about us: S. Al-Hamad

E-MAIL: a.f.hamad@orchid.ae

التاريخ الطبي

Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No لا / نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديتها؟		لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟		لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى		لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو الأمراض بولية أو تناسلية؟		لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟		لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى		لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟		لا	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟		لا	
HSV, HIV...etc	فيروس الإيدز، فيروس الحلا السسيط 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: 23/ 2/ 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 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 تأمين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استعمال 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 التوريم 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 قدمت لي فتحي للشف شفحة و أتفهم ان أي 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 بكامل ارادتي

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

التاريخ: ... / ... / .....

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 ، ادخال 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



PATIENT NAME:

A-fai.

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
23/2/19	> 1HR Full BODY (VIKINI)	4900		<i>[Signature]</i>
23/03/19	1 Session Done [11] Remaining LHR FULL BODY (VIKINI) - 2nd Session done. Remaining [10] Session			<i>[Signature]</i>
01/9/2019	open pores Plan: Mesotherapy (6) session			
11/09/19	hair - full body (VIKINI) - 3			<i>[Signature]</i>
20/10/19	hair - full body (VIKINI) - 4th			<i>[Signature]</i>
17/11/19	hair - full body (VIKINI) - 5th			<i>[Signature]</i>
24/12/19	hair - full body (VIKINI) - 6th			<i>[Signature]</i>

د. وسام مروان الطباع  
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
الخصائص الجلدية  
Dermatology specialist  
MOH License No.: 1826  
Orchid Medical Centre  
مركز اوركيد الطبي  
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
Dermatology specialist  
MOH License No.: 1826  
Orchid Medical Centre  
مركز اوركيد الطبي



precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟

دائماً المحترق , little tanned  
 دائماً المحترق , Never Tanned  
 قليلة الاحتراق , Always Tanned  
 نادراً الاحتراق , Rarely Tanned

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

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

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

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

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

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

هل قمت بآخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحضرة شمسية؟ نعم / لا

هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم / لا

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

هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا

ماهي المنتجات التي تستخدمونها / تستخدمها بشرتك حالياً؟  
 هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا  
 السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا  
 هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

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... إنسالة... جمال... بقدمي الي مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المؤقت.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم احتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إنهاء الشعر. وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و اني علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تقيمت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الرشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً و يشمل ذلك العدلات و الحساسيات و نوع البشرة
- الإبتصاصات التي تناولها عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحطة 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 الى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر انه قد اتقيمت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الي المعالج المختص و اني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. و اني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغني السن القانوني.

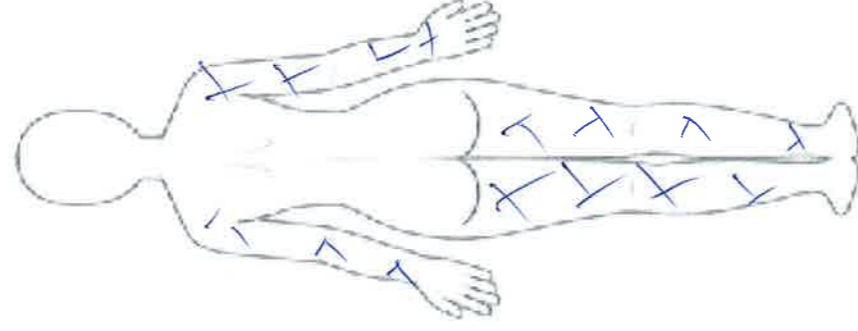
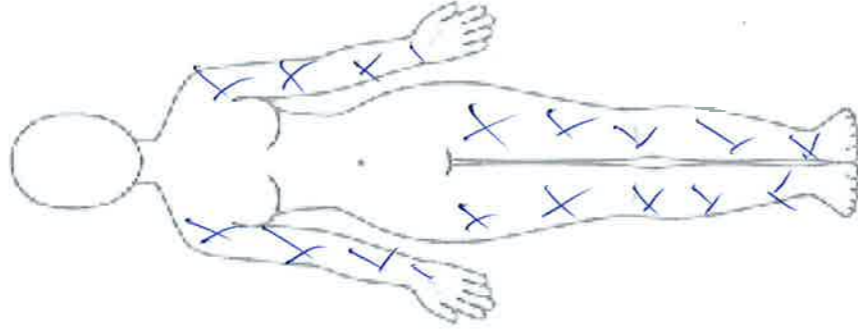
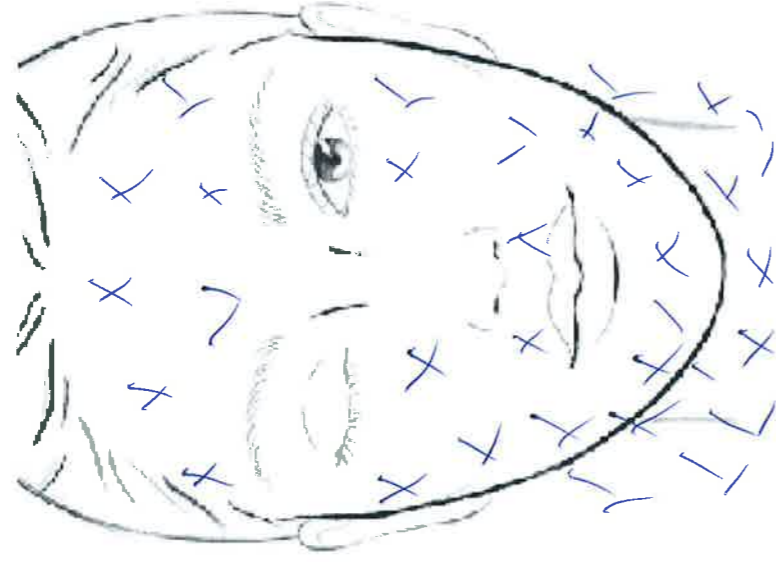
الاسم و التوقيع

كعقود... صمم... الضابطي

التاريخ

28 / 12 / 2019

Patient's Name: **AFRA HAMAD** .....  
 File Number: .....  
 Pain Relief given? Yes / No .....  
 رقم الملف: .....  
 1001649.  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....



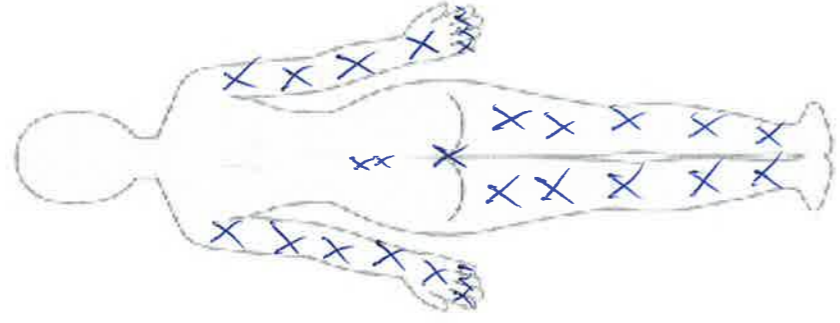
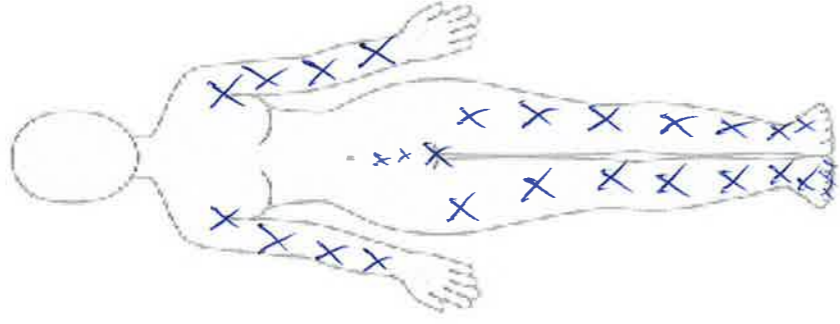
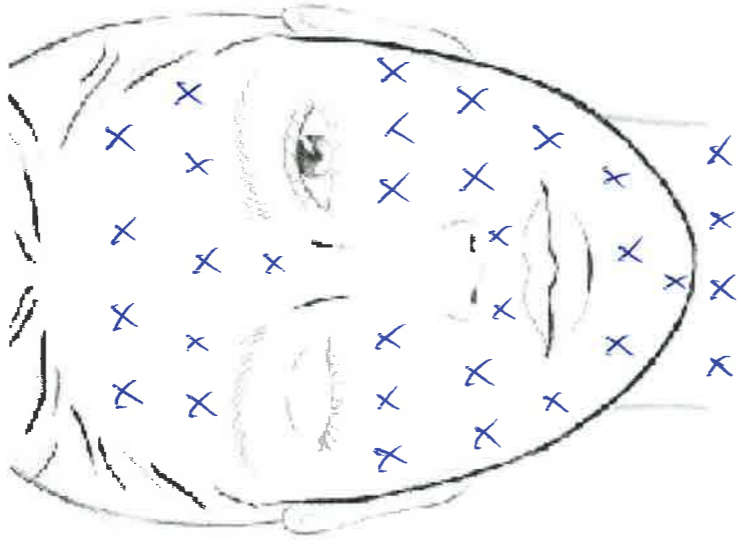
	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	7/3/20.					
Treatment Area	Full body					
Hair Type	D/MS					
Mode	DPI / FDP					
Fluence						
Pulse Type	22J / SH					
CNT Pulse	6/6					
Passes	2 Pass					
Starting Time						
Finish Time	3 PM					
Post Treatment	4.30 PM					

Therapist Name and Signature .....  






Patient's Name: AFRA HAMAD ..... إسم المريض: .....  
 File Number: ..... رقم الملف: .....  
 Pain Relief given? Yes / No ..... Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	23/2/19	23/3/19	11/09/19	20/10/19	18/11/19	24/12/19
Treatment Area	Full Body	Full body	Full body	Same	Same	Same
Hair Type	MEDIUM	Medium	Medium	Med/Dark	Same	Same
Mode	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI / FDP
Fluence	16J / 6J	16J / 6J	20J / SHORT	20J / SHORT	20J / SHORT	20J / SHORT
Pulse Type	SHORT / BURST	BURST / SHORT	6-5J	6-5 / SHORT	6-5 / SHORT	6-5 / SHORT
CNT Pulse						
Passes	2 / 1	2	2	2	2	2
Starting Time	12.30pm	10.15AM	12:45pm	3pm	3:45pm	1pm
Finish Time	2.10pm	11.45AM	1:35pm	4:30pm	5pm	2:20pm
Post Treatment	Follow up	MEB				

Therapist Name and Signature .....  
Abbas E



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

5,162.85

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002722)

Date:23-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001649 - AFRA ALKHATRI - 971504873138

The sum of Dhs. Five Thousand One Hundred Sixty-Two Dirhams and Eighty-Five Fils Only

By Cash 5,162.85 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:                      Cheque No.

Date: 23-02-2019

Being PACKAGE FOR FULL BODY LHR (12 SESSIONS) VIKINI + VAT

Made by Hiba

---

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