



File No: 100/652

Date: 23/12/2019

Date: 23/12/2019

File Number: 100/652

Patient Name: Hamed Rajdy Kohandel

اسم المريض: Hamad Rajdy Kohandel

Date Of Birth: 07/05/1987 Gender: M / (F)

Marital Status: (الجماعية): Single

Nationality: Palestinian

الجنسية: فلسطينية

Address: Sabra, Amman

الوظيفة: N/A

E-MAIL: m.rajdy@orchidmedical.com

Phone No. (رقم الهاتف): 052/7617666

How did you know about us: From

كيف علمتكم... من: From

التاريخ الطبي Medical History

Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No لا / نعم	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	Iron supplement
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؟		No	
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 (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مئطع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى		No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، 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 الإيدز، فيروس الحلا البسيط	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: 23/02/2014

### 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 او تأمين لتأنيح العلاج و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي كالاتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم أو الحساسية
- 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 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فتحتي للملف صحيحة 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 (نمط 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 ، اإخال للمستشفى

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

.....





مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,890.00

No: REC-009228

RECEIPT VOUCHER

Date: 06-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001652 - MANAR MAGDI - 971527617660**

The sum of Dhs. **One Thousand Eight Hundred Ninety Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,890.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: \_\_\_\_\_ Cheque No. \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Being **advace for 3 sessions prp + biotin + vat**

Made by **Reem**

- 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

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



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 705.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009258)

Date:07-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001652 - MANAR MAGDI - 971527617660

The sum of Dh. Seven Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 705.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-06-2020

Being 1 session prp + biotin + vat

Made by Reem

- 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 : 1001652 - MANAR MAGDI - 971527617660

---

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



PATIENT NAME: Manar

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
------	-----------	---------	---------	-----------

23/2/19 LHR UNDER ARMS

315 *Arwa*

25/3/19 LHR UNDER ARMS

Remaining 1 Session

30/4/19 LHR UNDER ARMS

26/1/19 LHR. under arms. (Alex)

04/08/19 - LHR U.A (Deka) 6th Session.

5/11/19 LHR U.A (Deka) 7th session.

9/11/2019 : hair transplant

Rron 2.5 month

PRP (1)

next app: 7/11/2019

7/12/2019 PRP + Biotin (2)

next app: 8/1 : PRP

25/12/19 - LHR (Alex)

د. وسام مروان الطباع  
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
MOH License No.: V826  
Orchid Medical Centre

12/2/2020 : PRP + Biotin (3)

next app: 9/3

7/3/2020 : PRP + Biotin

next: 18/4

د. وسام مروان الطباع  
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
MOH License No.: V826  
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع  
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
MOH License No.: V826  
Orchid Medical Centre

Dermatology specialist  
MOH License No.: V826  
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع  
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
MOH License No.: V826  
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع  
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
MOH License No.: V826  
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع  
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
MOH License No.: V826  
Orchid Medical Centre



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  
 Have you Taken Akutan or Isotretinone in the last 6 months? Yes /  No  
 Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinon on Site? Yes /  No  
 Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes /  No  
 Did you get exposed to sun or got tanned lately?  Yes /  No  
 Do/ Did you use any tanning products? Yes /  No  
 Do you Have any tattoos on site? Yes /  No  
 Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes /  No  
 What products you are using for your skin recently? .....

Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes /  No  
 For Ladies: Are You Pregnant ? Yes /  No  
 Have you done any permanent make up? Yes /  No

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟

- دائمة الإحتراق , قليلة الأسمرار  
 دائمة الإحتراق , عديمة الأسمرار  
 قليلة الإحتراق , دائمة الأسمرار  
 نادرة الإحتراق , دائمة الأسمرار

هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جيرة؟ نعم / لا

هل ظهر لديك حلا السبيد أو بثور أو قرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا

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

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

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

هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا

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

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

ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركت حاليا؟ .....

هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا

السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا

هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

I, Mona Haggag 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 pigment 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

23/01/19

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

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

وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إني اختبرت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.

- يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتك قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.

- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة

- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أفهم انه برغم التغيير الذي قد يحدثه من الجلسة الأولى يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الإعراض 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 إلى عدة أيام بعد العلاج. نفس

أو زيادة الصيغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

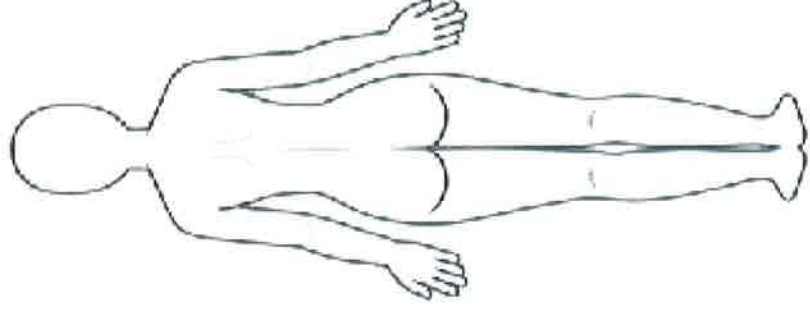
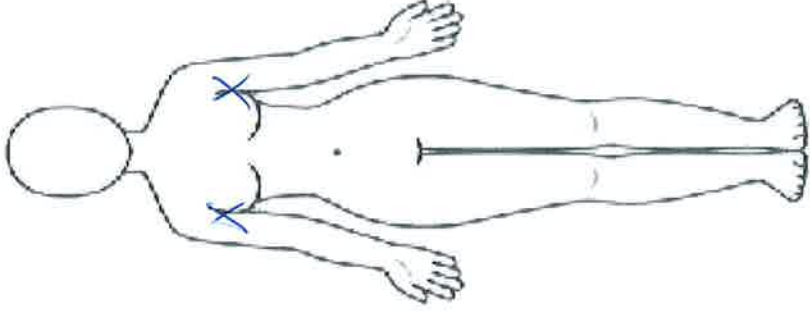
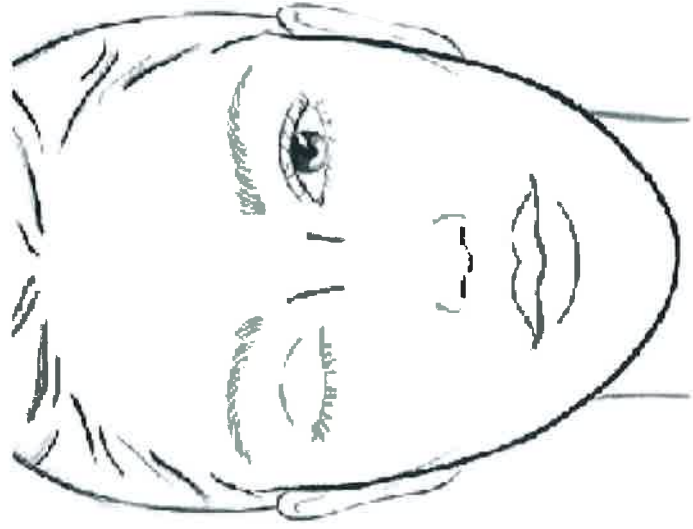
أقر أنه قد أتيح لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و إني تجاوزت القائمة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ

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

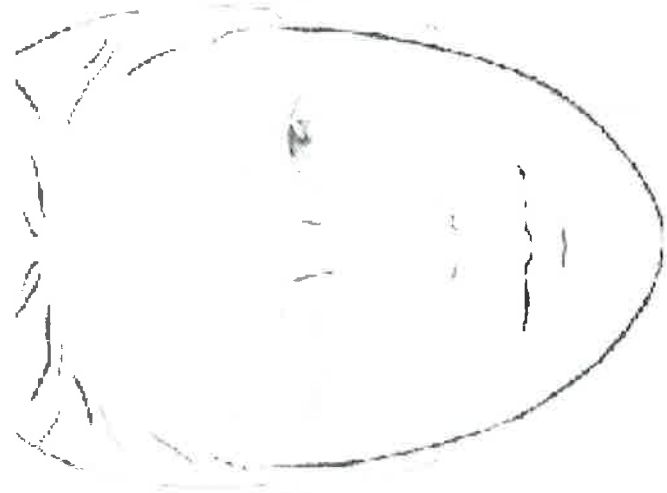
Patient's Name: Manar إسم المريضة  
 File Number: ..... رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No ..... Evaluation and consent form completed? Yes / No  
Pretreatment photography taken? Yes / No



	7	8	9	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	5/11/19	25/12/19					
Treatment Area	UA	UA					
Hair Type	Thin	Thin					
Mode	Alex	Alex					
Fluence	125/12.5	Alex: 16					
Pulse Type	Spot -> 16	95/10ms					
CNT Pulse							
Passes	1	1					
Starting Time	2:30 pm						
Finish Time	2:40 pm	11:45 am					
Post Treatment		HIRUDID					

Therapist Name and Signature .....

Patient's Name: MANAR اسم المريض  
 File Number: 10016 رقم الملف  
 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	23/2/19	25/2/19	29/4/19	03/06/19	27/7/19	4/08/19
Treatment Area	UNDER ARMS	UNDER ARMS	ARILLA	U.A.	axilla	U.A
Hair Type	M/DARK	M/DARK	SOFT/DARK	Same	M/DARK	Soft
Mode	ND YAG	ND YAG	ND YAG	NDYAG	Alex	ALEX
Fluence	14J/17ms	16J/15ms	16J/15ms	16J/13ms	8/12ms	8/10ms
Pulse Type						
CNT Pulse	1	1	1	1	1	1
Passes	3PM	3PM	4PM	2 AM		
Starting Time						
Finish Time					2:05 AM	4:35 pm
Post Treatment	Swent	Mebo	Mebo		FUCICORT	4:45 pm
		Beene	Beene			Beene

Therapist Name and 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	Manar, Magdi Mohamed,,, Ibrahim, Alatwrnh	IDN:	784198742743952	Mother Name:	Not Defined
Name (Ar)	منار مجدي محمد ابراهيم العطارنه	Card Number:	084119539	Mother Name (Ar):	سنيحة
Title:		Nationality	PSE	Family ID:	
Title (Ar):		(Ar):	فلسطين		
Issue Date:	03/07/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	21/06/2020	Date of Birth:	07/05/1987	Sponsor Name:	وزارة الصحة
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	30120087304711	Residency Expiry:	21/06/2020
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

2/23/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002725)

Date: 23-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001652 - MANAR MAGDI - 971527617660

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 315.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

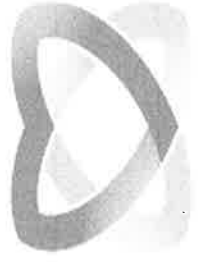
Date: 23-02-2019

Being UNDER ARMS 3 SESSION DEKA + VAT

Made by Hiba

---

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003509)

Date: 30-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001652 - MANAR MAGDI - 971527617660

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 315.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Date: 30-04-2019

Cheque No.

Being 3 SESSION UNDER ARMS(HR) + VAT

Made by Hiba

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 : 1001652 - MANAR MAGDI - 971527617660

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



PPRP Treatment Comment Form - وصف العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية

**Description of Treatment**

This treatment involves the collection of your blood (approximately 11 - 22 ml), then your blood is spun down using a centrifuge to separate out the plasma and platelet portion using the separator gel' as a special filter. The PRP portion of your blood is then used at the point of care to re-energize your cells into rejuvenating themselves. The product is 100% your own blood by-product (autologous). If you have any questions please do not hesitate to ask your physician or nurse.

**Side Effects**

you will likely experience mild to moderate swelling of the treated area, this will last for about 12- 24 hours; ice or cold compresses can be applied to reduce swelling if required. You may notice a tingling sensation while the cells are being activated. In rare cases skin infection may occur, which is easily treated with an anti-biotic.

**Contraindications**

You should not have PRP treatment done if you have any of the following conditions: Skin conditions and diseases including: Facial cancer, existing or uncured. This includes SCC, BCC and melanoma, systemic cancer, chemotherapy, steroid therapy, dermatological diseases affecting the face (i.e. Porphyria), Blood disorders and platelet abnormalities. Anticoagulation therapy (i.e.: Warfarin) Platelet dysfunction syndrome, critical thrombocytopenia, hypofibrinogenaemia, haemodynamic instability, sepsis, chronic liver disease, Hepatitis or any acute or chronic infections. Aspirin, Anti-inflammatory such as Nurofen, Voltaren, Diclofenac, or Naproxen etc.? St Johns Wort, Garlic, Are you currently taking, or have you recently taken (within 14 days) Vitamin E, or Fish Oil supplements that could have a thinning effect on your blood.

In case of presence of any previously mentioned contraindications please mention it here

Or Ask the doctor if you are not sure or you have any questions.

Patient's Name and Signature:



Date: 9 / 11 / 19

**وصف العلاج**

يتضمن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينة من دم المريض تساري تقريبا (١١ - ٢٢ مل).

ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام سائل فاصل للثقة بشكل خاص.

ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و إعادة

الحيوية لها.

هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض.

إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

**الاعراض الجانبية**

قد تعاني من بعض التورم الخفيف الى المتوسط في منطقة العلاج. و قد يستمر هذا التورم من (١٧-٢٤) ساعة. ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة المتورمة إذا تطلب الأمر. من الممكن ان تشعر ببعض الوخز الخفيف بينما يتم تطبيق الخلايا. نادرا ما يصاحب العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضادات الحيوية.

**موانع العلاج**

لا يجب ان تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية:  
- الأمراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخلايا الحشرية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا المسبية و سرطان الجهاز و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الأمراض الجلدية التي تصيب الوجه (مثل البروفيرا)، أمراض الدم و الطحال في الصفائح الدموية، علاج تضرر الدم (مثل الوراثة).

- متلازمة خلل الصفائح الدموية، انقاص الحاد في عدد الصفائح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار شفق الدم، حالات التعفن الدموي، أمراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.

- تناول الأسبرين و مضادات الالتهاب كالتيفين و النيترازين و الستيرويدات و الباروكسين، أو مستحضرات التجميل، أو إذا كنت تتناول حاليا (خلال الأربعة عشر يوما الماضية) كمادات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي الي ترقق الدم، في حالة وجود احد عوامل العلاج التي سبق ذكرها يرجى عتدلية ذلك هنا

و إذا لم تكن متأكدًا أو كانت لديك أي استفسارات اسأل الطبيب المختص.

اسم المريض / التوقيع



التاريخ: ... / ... / ...



مركز أوركيديك الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008735)

Date:09-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001652 - MANAR MAGDI - 971527617660

The sum of Dhs. Seven Hundred Thirty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 735.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-05-2020

Being 1 session prp + biotin

Made by Reem

- 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 : 1001652 - MANAR MAGDI - 971527617660

---

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,910.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005925

Date: 09-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001652 - MANAR MAGDI - 971527617660**The sum of Dhs. **Two Thousand Nine Hundred Ten Only**By Cash **2,910.00** / By Credit Card **0.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: \_\_\_\_\_ Cheque No. \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Being **ADVANCE FOR 6 SESSIONS PRP WITH BIOTIN + 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

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-005837

RECEIPT VOUCHER

AED 1,500.00

Date: 05-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001652 - MANAR MAGDI - 971527617660**The sum of Dhs. **One Thousand Five Hundred Only**By Cash **1,500.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being **ADVANCE FOR 3 SESSIONS UNDER ARMS 300 + 6 SESSION PRP HAIR WITH PIOTEEN 4200 EACH SESSION 700 + VAT**Made by **Rana****Balance 3225**

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

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



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005927)

Date:09-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001652 - MANAR MAGDI - 971527617660

The sum of Dhs. Seven Hundred Thirty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 735.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-11-2019

Being 1 SESSION PRP WITH BIOTIN + 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 : 1001652 - MANAR MAGDI - 971527617660

---

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



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006401)

Date:07-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001652 - MANAR MAGDI - 971527617660

The sum of Dhs. Seven Hundred Thirty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 735.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-12-2019

Being PRP WITH BIOTIN + 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 : 1001652 - MANAR MAGDI - 971527617660

---

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





مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007602)

Date:12-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001652 - MANAR MAGDI - 971527617660

The sum of Dhs. Seven Hundred Thirty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 735.00

Bank: Cheque No.

Date: 12-02-2020

Being prp with biotin + 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 : 1001652 - MANAR MAGDI - 971527617660

---

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



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008052)

Date:07-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001652 - MANAR MAGDI - 971527617660

The sum of Dhs. Seven Hundred Thirty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 735.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-03-2020

Being PRP BIOTIN + VAT

Made by Reem

- 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 : 1001652 - MANAR MAGDI - 971527617660

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