



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إتسامة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

File No: ١٥٥٦٥٣

Date: / /

Date: 23/2 / 2019

File Number: ١٥٥٦٥٣

Patient Name: Ayga Al-Khadi.b

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 24/10/1996 Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Moroccan... :المغربي

Occupation (الوظيفة): Student

Address (العنوان): Dubai

Phone No. (رقم الهاتف): 05556644990

E-MAIL: ayga.a.k.2410@gmail.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 الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	No	
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 مبيعات الدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (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 تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مائع 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 HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا النسيب...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: ٢٣ / ٢ / ١٤١٩

نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المسؤول،

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 بإتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي كما أتفهم الإخطار و المخاطر الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الإخطار و المخاطر التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالتهاب 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 قدمت لي قد بقي السلف صحيحة و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الإفراج عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار 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: ... / ... /

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 ، ائخال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تعاظي العقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

PATIENT NAME: Aya

FILE NO#:

DATE TREATMENT PAYMENT BALANCE SIGNATURE

23/2/19 , LHR FULL BODY
 (FULL ARMS + BIKINI DONE + UNDERARMS)
 REMAINING : FULL LEGS + FULL BACK + FULL FRONT + FACE
 4/3/19 , FULL FRONT. ^{FRONT LEGS} FULL LEGS , FULL BACK , FACE DONE
 + NECK DONE

[Signature]

PENDING : FULL BACK & BACK OF LEGS

30/04/19 FULL BODY PLUS (VIKINI)
 01/06/19 Full BODY PLUS (VIKINI)
 01/08/19 LHR full body plus (VIKINI)

د. وسام مروان الطباع
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 Dermatologist specialist
 MOH License No.: V826
 Orchid Medical Centre
 مركز اوركيڊ الطبي

01/09/19- LHR - full body plus (VIKINI)
 7/10/19 LHA full body + (VIKINI)

د. وسام مروان الطباع
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 Dermatologist specialist
 MOH License No.: V826
 Orchid Medical Centre
 مركز اوركيڊ الطبي

16/11/19 LHR - full body + (VIKINI)
 18/1/20 LHR full body + (Debra)
 22/2/20 LHA full body + (Debra)

د. وسام مروان الطباع
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 Dermatologist specialist
 MOH License No.: V826
 Orchid Medical Centre
 مركز اوركيڊ الطبي

د. وسام مروان الطباع
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 Dermatologist specialist
 MOH License No.: V826
 Orchid Medical Centre
 مركز اوركيڊ الطبي

precisely Kindly Answer the following questions

*يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type <input checked="" type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input type="checkbox"/> Always Burned , Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned , Always Tanned <input type="checkbox"/> Rarely Burned , Always Tanned	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة التسمير <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة التسمير <input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة التسمير <input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة التسمير
Have you Ever had Scars or keloids? Yes /No No	هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جيزة؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No No	هل ظهرت لديك سابقاً علامات تدمر أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotretinoin in the last 6 months? Yes/ No No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الإيسوتريتينوين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydrocuenon on Site? Yes/ No No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No No	هل قمت بتق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? No	هل كنت مرّة تعرّضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ لا / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No No	هل لديك أي وشموم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes /No No	هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?	ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حالياً؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No No	هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No No	السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No No	هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

I, Aya Al Khabib..... 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 protectors. 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
Aya Al Khabib.....

Date
23/11/19
2

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

أتفهم 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. وأتفهم أن 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 إنني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف و التفت و الكريمات 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 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشموم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً 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.

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

الأعراض الجانبية

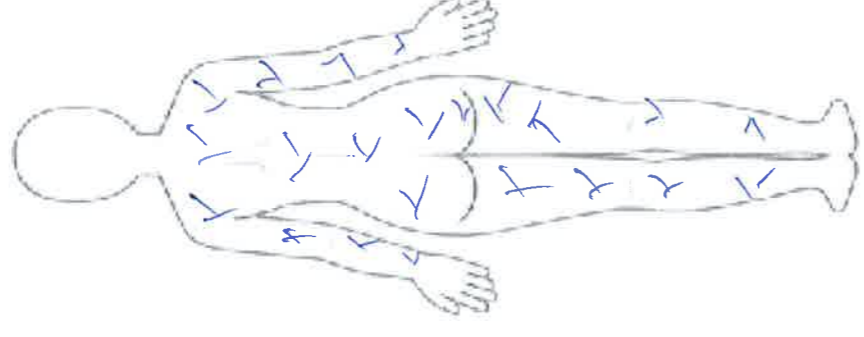
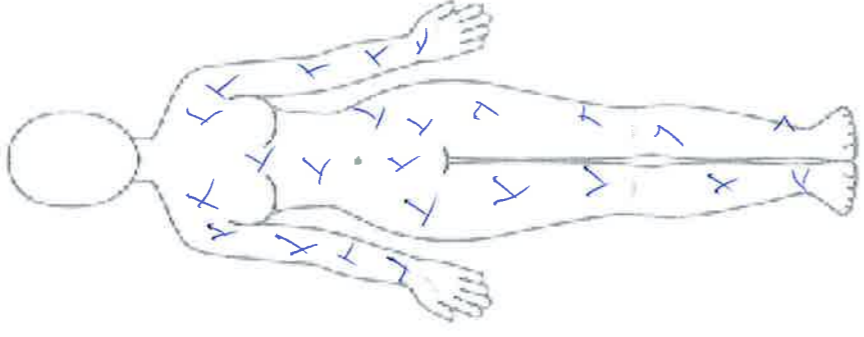
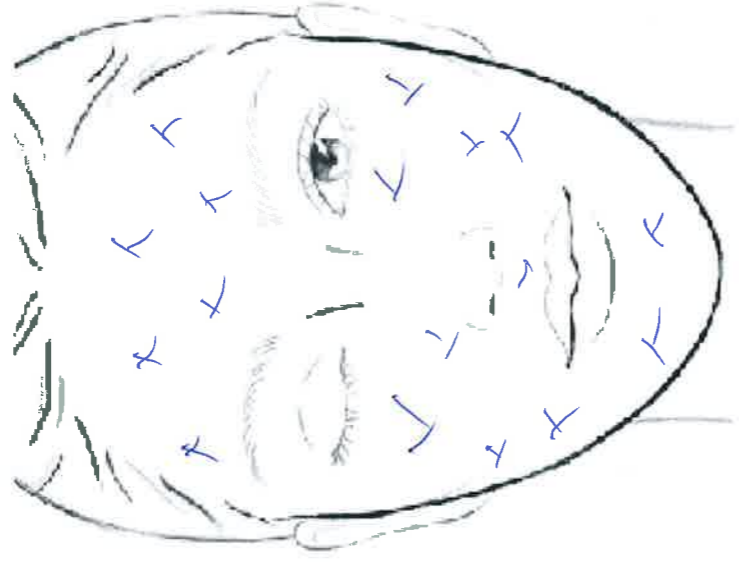
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستتلاشى خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و إنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي و إنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ

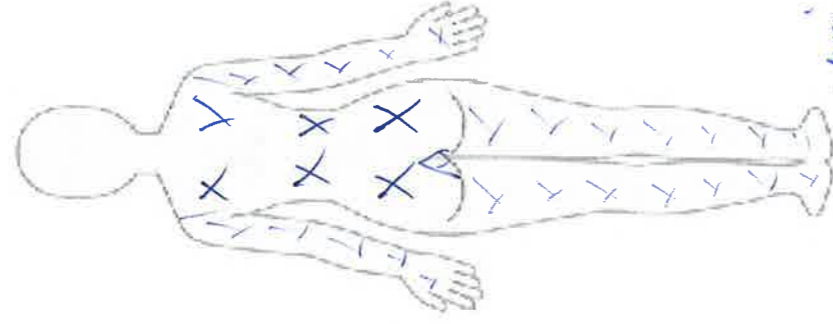
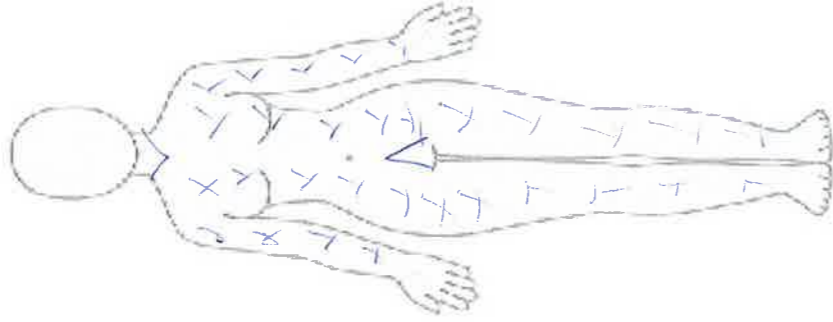
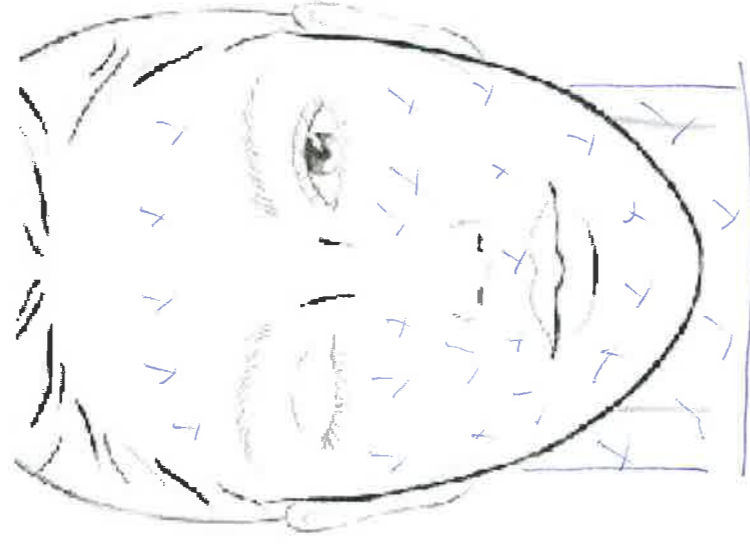
Patient's Name: Aya Khatib إسم المريض
 File Number: 1001653 رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date		18/1/20	22/2/20			
Treatment Area	stone eye 84	full body +	full body +			
Hair Type		Alex 80	Alex 20			
Mode		7/10-12ms	8/10ms			
Fluence		skin 6/12ms	skin 4/4(10)			
Pulse Type		M/Self/Dual	22/20ms			
CNT Pulse						
Passes			1 pass			
Starting Time		2.30pm	3pm			
Finish Time		3.40pm	4.10pm			
Post Treatment		Hinoid	Amoeb			
		<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>			

Therapist Name and Signature

Patient's Name: AYA AL KHATI اسم المريض
 File Number:
 Pain Relief given? Yes / No رقم الملف
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



do next time nose inside nose inside

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	23-2-19	30/04/19	01/06/19	01/08/19	01/09/19	7/10/19
Treatment Area	Full Arms / BIKINI UNDER ARMS	Full Body + Thick, dark	Same	Same	Same	Full body +
Hair Type	THICK	THICK, dark	Medium	Thick	Medium	M-15
Mode	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI FDP
Fluence	20J / 7J	20J / 6J	20J / 6J	20J / 6J	22J / 6J	24J / 6J
Pulse Type	SHORT	SHORT	SHORT	SHORT	SHORT	SHORT
CNT Pulse	2	2	2	2	2	2
Passes	3:15 pm	3:15 pm - 4:30 pm	4 pm	4 pm	4:15 pm	3 pm
Starting Time	4:15 pm	5:45 pm, 6 pm	6:15 pm	6:15 pm	6:20 pm	5:20 pm
Finish Time						
Post Treatment						

fucicort

مسحوق

Beesal

Therapist Name and Signature



United Arab Emirates دولة الإمارات العربية المتحدة
Driving License رخصة القيادة



سلطة الترخيص
MITR318472
Licensing Authority

رقم الرخصة
الإستمارة رقم الخطين
635420
الاسم
Name **AYAL KHATIB**
Nationality **MOROCCO**
المجنسية المغرب
Date of Birth **24-10-1999**
تاريخ الميلاد
Issue Date **15-11-2017**
تاريخ الإصدار
Expiry Date **19-11-2019**
تاريخ الانتهاء
Place of Issue **SHARJAH**
جهة الإصدار الشارقة



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

6,195.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002726)

Date:23-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001653 - Aya alkhatab - 971556644490

The sum of Dhs. Six Thousand One Hundred Ninety-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 6,195.00

Bank: Cheque No.

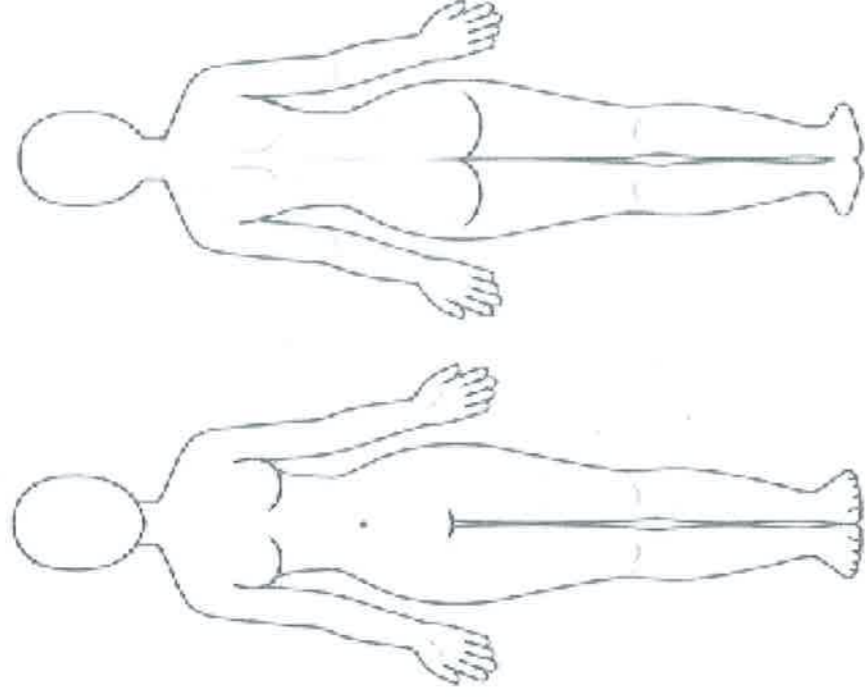
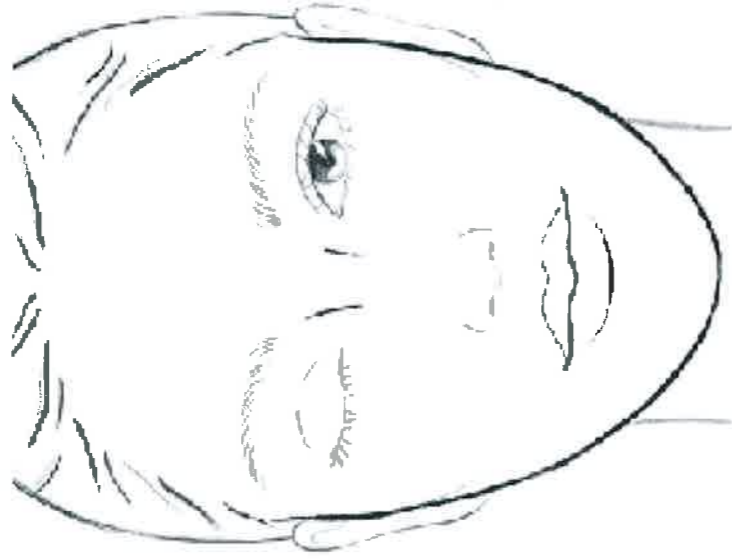
Date: 23-02-2019

Being PATIENT PAID FOR FULL BODY PACKAGE 4900 AND ADD 1000 FOR FULL FRONT AND BACK

Made by Rana

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

Patient's Name: Aya Al Khatibi :اسم المريض
 File Number: رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No 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	16/11/19					
Treatment Area	Full body +					
Hair Type	Coarse/med					
Mode	DP1/FDP					
Fluence						
Pulse Type	20J/SHORT					
CNT Pulse	6-F/SHORT					
Passes	2					
Starting Time	4:30pm					
Finish Time	5:30pm					
Post Treatment	Bit back Remedy					

Therapist Name and Signature