



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

File No: .....

Date: 23/2/19

Date: ... / ... / .....

File Number: 1001656

Patient Name: **Abdulrahman Mansour** اسم المريض: **عبد الرحمن المنصور**

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 27/4/1986 Gender (الجنس): M/F marital Status (الحالة الاجتماعية): **متزوج**

Nationality (الجنسية): **مصري** Occupation (الوظيفة): **مدرس**

Address (العنوان): **دبي** Phone No. (رقم الهاتف): 0229005630

E-MAIL: **Ms.7722@gmail.com** How did you know about us: **عن طريق أختي**

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض 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 (فقر الدم)، لويميا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، امراض اخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions HIV...etc 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: ... / ... / .....

### نموذج إقرار 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 أي ضمانات أو تأمين نتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن 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 لي بقصي للملف الصحية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها بدون 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs	
Weight (الوزن): Kg	Height (الطول): 188 cm
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (الضغط الدم): /
	Blood Type (الدم):
	Blood Sugar (السكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

to go for Figer connection tuning area

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

milk (Lactose Intolerance)

الأدوية Medications

Protein whey / amine, BCAA, Arginin creatin

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة , احوال المستشفى

الوزن والحمية

Smoking (التدخين):  Y /  N

Alcohol (الكحول):  Y /  N

Drugs (تأطبي العقاقير):  Y /  N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Figer connection athletes

الفحص Examination

BCA test

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

{ 7 sessions Endy }

Timing over

1 session over extreme  
By my approval.

Doctor's Signature and Stamp

.....



ID 230219-3 | Height 188cm | Age 32 | Gender Male | Test Date & Time 23.02.2019. 18:12

### Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	51.7 ( 43.7~53.5 )
For building muscles	Protein (kg)	14.0 ( 11.7~14.3 )
For strengthening bones	Minerals (kg)	4.95 ( 4.04~4.94 )
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	17.8 ( 9.3~18.7 )
Sum of the above	Weight (kg)	88.4 ( 66.1~89.5 )

*V score 16.6*

### Muscle-Fat Analysis

*42 + 25 + 35 =*

Weight (kg) 88.4

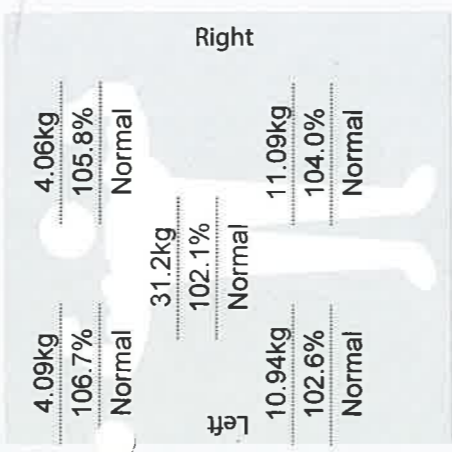
SMM (kg) 40.1

Body Fat Mass (kg) 17.8

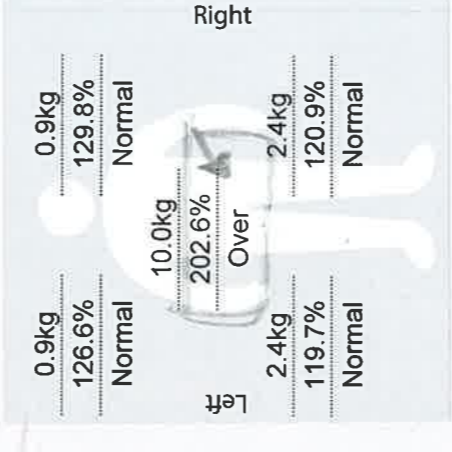
### Obesity Analysis

BMI Body Mass Index (kg)	25.0
PBF Percent Body Fat (%)	20.2

### Segmental Lean Analysis



### Segmental Fat Analysis



### Body Composition History

Weight (kg)	88.4
SMM Skeletal Muscle Mass (kg)	40.1
PBF Percent Body Fat (%)	20.2

### InBody Score

79/100 Points

\* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

### Weight Control

Target Weight	83.0 kg
Weight Control	- 5.4 kg
Fat Control	- 5.4 kg
Muscle Control	0.0 kg

### Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over

PBF  Normal  Slightly Over  Over

### Waist-Hip Ratio

0.94

### Visceral Fat Level

Level 8

### Research Parameters

Fat Free Mass	70.6 kg
Basal Metabolic Rate	1894 kcal ( 1831~2155 )
Obesity Degree	114 % ( 90~110 )

Recommended calorie intake 3044 kcal

### Calorie Expenditure of Exercise

Golf	156	Gateball	168
Walking	177	Yoga	177
Badminton	200	Table Tennis	200
Tennis	265	Bicycling	265
Boxing	265	Basketball	265
Mountain Climbing	288	Jumping Rope	309
Aerobics	309	Jogging	309
Soccer	309	Swimming	309
Japanese Fencing	442	Racketball	442
Squash	442	Taekwondo	442

\* Based on your current weight

\* Based on 30 minute duration

### Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.



### Impedance

RA LA TR RL LL

Z(α) 20 kHz | 325.5 324.1 22.5 282.1 291.6

100 kHz | 285.3 285.1 18.9 250.3 258.9

precisely Kindly Answer the following questions

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes/ 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	هل قمت بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No	متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بطسمة تسمر؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمر البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / 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 / تستخدمها ليشرك حياتنا؟ .....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	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 ..... بالشراكة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر. واتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم اختصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إنهاء الشعر. واتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر 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 التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشع و الكي و إني اخترت إزالة الشعر بالليزر. أو باقي قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم 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.

اتفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه 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 ستلاشى خلال بضع ساعات إلى 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.

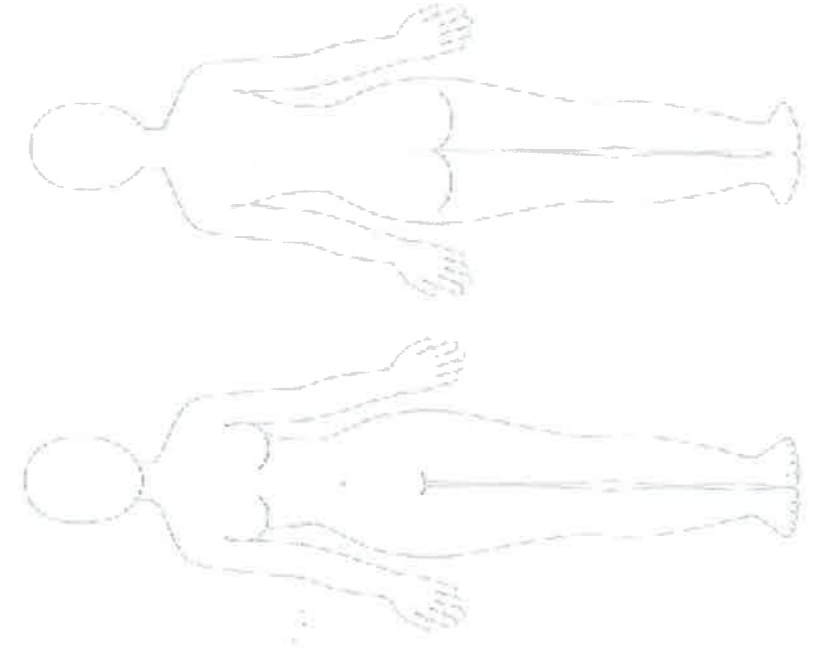
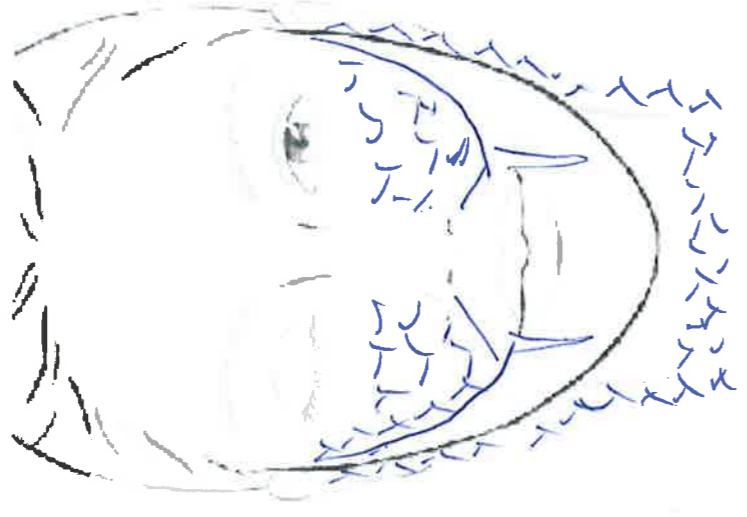
أقر أنه قد أتيتك لي الفرصة للإستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قرأته لي. و أني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ

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

Patient's Name: ..... Ms. Abdelcelil ..... إسم المريض  
 File Number: ..... 1001656 ..... رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No ..... Yes ..... تخفيف الألم  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No ..... Yes ..... تقييم المريض  
 Pretreatment photography taken? Yes / No ..... Yes ..... التصوير الفوتوغرافي قبل المعالجة



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	23/2/19	23/3/19				
Treatment Area	Upper lip + neck	Beard + neck				
Hair Type	THICK	THICK				
Mode	NDY:YAG	NDY:YAG				
Fluence	12J/25	(Spot 10)				
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1	12J/20MS				
Starting Time	6:40 PM	6:30 PM				
Finish Time	6:55 PM	6:45 PM				
Post Treatment	FLUOROURACIL	None				

Therapist Name and Signature ..... IBESSIE .....



REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO

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	Abdullah,Ali,Munassar,,Manea	IDN:	784198617195973	Mother Name:	
Name (Ar)	عبدالله،علي،منصور،منايع	Card Number:	092576682	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	YEM	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	اليمن		
Issue Date:	14/01/2019	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	07/01/2021	Date of Birth:	27/04/1986	Sponsor Name:	فائز اس لخدمات و انظمه المواصلات ش ذ م م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120172018758	Residency Expiry:	07/01/2021
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

<http://orc.hids.vr/EMID/default.aspx>

2/23/2019



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

472.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002738)

Date: 23-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001656 - ABDULLAH MANEA - 971529005630

The sum of Dhs. Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 472.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 23-02-2019

Being BEARD LINE + NECK PKG 3 SESSIONS DEKA + VAT

Made by Hiba

---

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