



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1001699

Date: 28/2/2019

Date: 28/2/2019

File Number: 1001699

Patient Name: Nahed Rashid

إسم المريض: ناهد راسم

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 19/8/1992

Gender (الجنس): M (F)

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): الإماراتية

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): البصيرة

Phone No. (رقم الهاتف): 0569969660

E-MAIL: nahed.yas@kaf.net.ae

How did you know about us: إعلاننا

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثة؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	نعم	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، 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)، لوكيميا	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 بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي 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 السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions HSV, HIV...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 أمورا 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 اي ضمانات او نتائج للعلاج و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما 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 الالام أو الحساسية المرضية.
- 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 قد بقي للملف صحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا التذوق 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: 28/2/2019

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم):	/	Blood Sugar (دم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة , احوال المستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (تعاطي الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

Patient Name: Naked Rashid

File No: \_\_\_\_\_

Date	Treatment	Payment	Balance	Signature
28/2/2019	full body pkg 4900	4000	1145	Hiba
7/3/19	FULL BODY LHR			Reem
6/4/19	Full Body LHR			Reem
01/5/19	Full Body LHR (Vikini)			Reem
3/6/19	FULL BODY LHR (VIKINI)			Reem
3/8/19	LHR Full body (VIKINI)			Reem
08/08/19	LHR - Full body (VIKINI)			Reem
16/08/19	LHR - Full body (VIKINI)			Reem
22/11/19	LHR - Full body (Deka)			Reem
30/12/19	LHR - Full body (Deka)			Reem
01/02/20	LHR - Full body (Deka)			Reem
7/03/20	LHR - Full body (Deka)			Reem
	Package finished			

1145  
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
 Dermatology specialist  
 MOH License No: 7826  
 Orchid Medical Center  
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
 Dermatology specialist  
 MOH License No: 7826  
 Orchid Medical Center  
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
 Dermatology specialist  
 MOH License No: 7826  
 Orchid Medical Center  
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
 Dermatology specialist  
 MOH License No: 7826  
 Orchid Medical Center



REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

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**

<b>Name</b>	Nahed,Rashed,Saeed,,Alhamdi Alyammahi	<b>IDN:</b>	784199214379606	<b>Mother Name:</b>	Umkalthom Rashed
<b>Name (Ar)</b>	ناهدير راشد سعيد،الحمدي الزمالي	<b>Card Number:</b>	088268077	<b>Mother Name (Ar):</b>	أم كلثوم راشد
<b>Title:</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	الإمارات العربية المتحدة	<b>Family ID:</b>	101077895
<b>Title(Ar):</b>		<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	
<b>Issue Date:</b>	21/03/2018	<b>Date of Birth:</b>	19/08/1992	<b>Sponsor Name:</b>	
<b>Expiry Date:</b>	21/03/2023	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Residency Number:</b>		<b>Residency Expiry:</b>	
<b>ID Type:</b>	ID	<b>Occupation:</b>	10	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo

Signature Image

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

2/28/2019

precisely Kindly Answer the following questions

\*يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type	ما هي 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 سابقا علامات ندوب أو جدر؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو قرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوترينونين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydrocuenon on Site? Yes/ No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجايليكويك أو الهيدروركينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بنق أو كسي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال الـ 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? No	هل كنت آخر مرة تعرضت قريبا لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحلصة تسمير؟ <b>صحيح</b> / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك أي وشموم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently? .....	ماهي المنتجات التي تستخدمها للبشرتك حاليا؟ <b>لا شيء</b>
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

..... 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

الاسم و التوقيع

Date

التاريخ

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

2019 / 2 / 28

أقر أنا ..... **ناهد باسمه المياح** بقدمي الي مركز أوركييد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركييد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصليات الشعر لتعمل قوتها على إنهاء الشعر. وأفهم ان 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 اني علم على كامل كافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكسي و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تقيت 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 بـ 6 اسابيع على الأقل.
- الوشموم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب اعطاء 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.

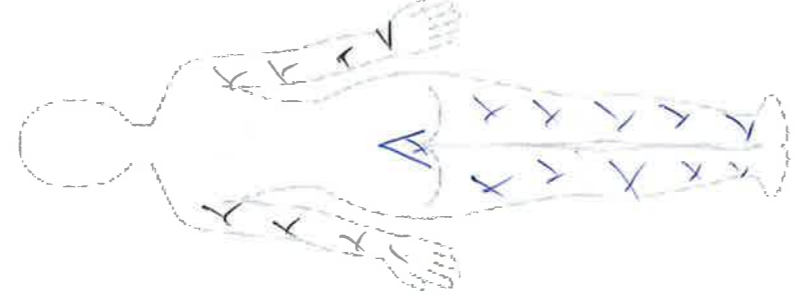
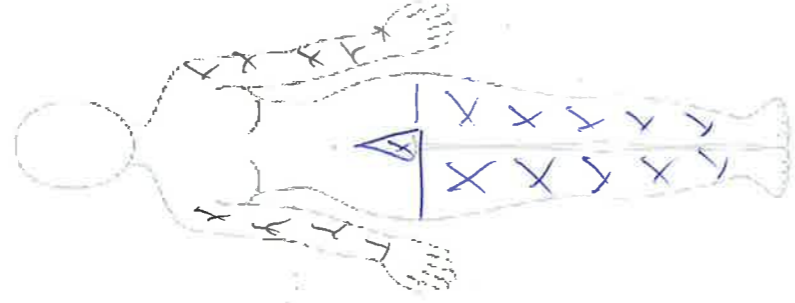
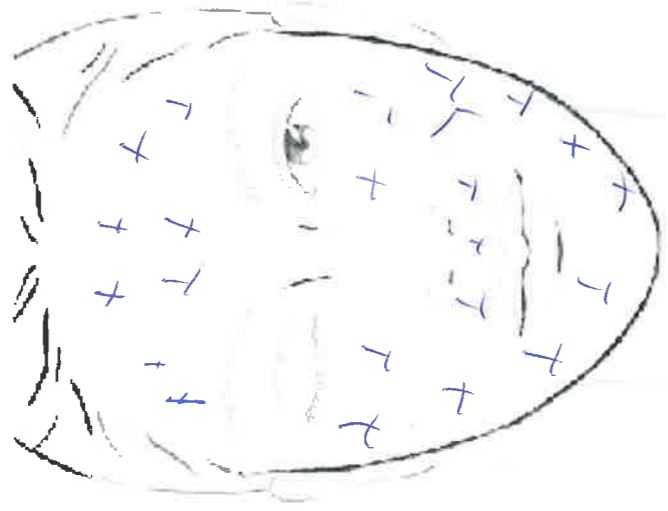
أفهم انه برغم التغيير الذي قد ألمحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

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

**ناهد باسمه المياح**

Patient's Name: NAHEED ..... اسم المريض  
 File Number: 1001699 ..... رقم الملف  
 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	7/3/19	6/4/19	11/5/19	30/06/19	3/08/19	28/08/19
Treatment Area	full BODY	face BODY	face BODY	Same	Same	Same
Hair Type	DARK   THICK	DARK   THICK	M/DARK	Medium	Medium	Medium
Mode	DPI	DPI	DPI	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP
Fluence	22J   24J	22J   SHORT	22J   SHORT	22J   SHORT	22J   SHORT	22J   SHORT
Pulse Type	2 pass	2 pass	Brown 6/6	2 pass	2 pass	2 pass
CMT Pulse	10.30 Am	6.45 pm	3.45	5.45 pm	10:10 AM	6 pm
Passes	12.14N	5.45 pm	5.45 pm	7:15 pm	11:45 AM	7:20 pm
Starting Time	Fluorint	Beer	Beer			
Finish Time	Beer					
Post Treatment						

Therapist Name and Signature .....





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002798

Date: 28-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001699 - NAHED ALYAMMAHI - 971569696602**

The sum of Dhs. **Four Thousand Only**

By Cash **4,000.00** / 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 FULL BODY PKG 4900**

Je by **Hiba**

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 5,145.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003242)

Date: 06-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001699 - NAHED ALYAMMAHI - 971569696602

The sum of Dhs. Five Thousand One Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,145.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 4,000.00

Bank:

Date: 06-04-2019

Cheque No.

Being FULL BODY PKG 4900 AED + 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 : 1001699 - NAHED ALYAMMAHI - 971569696602

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

20/11/2019

أنا الموقعه أناه ناهد راشد سعيد ملف رقم (1001699) سأقوم بتبديل 5 جلسات ليزر ازالة الشعر لكامل الجسم بدون بطن وضهر من جهاز فيكيني الى 4 جلسات على جهاز الديكا

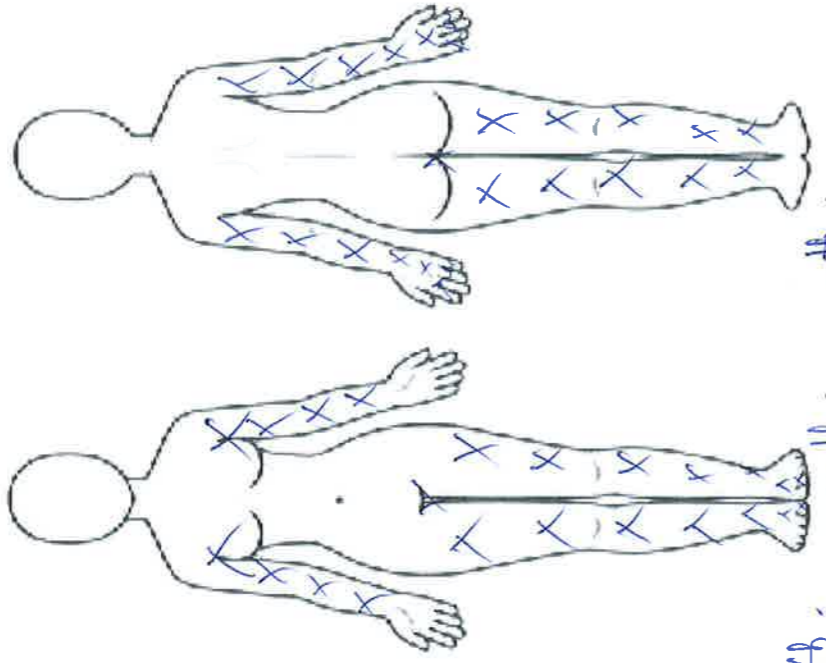
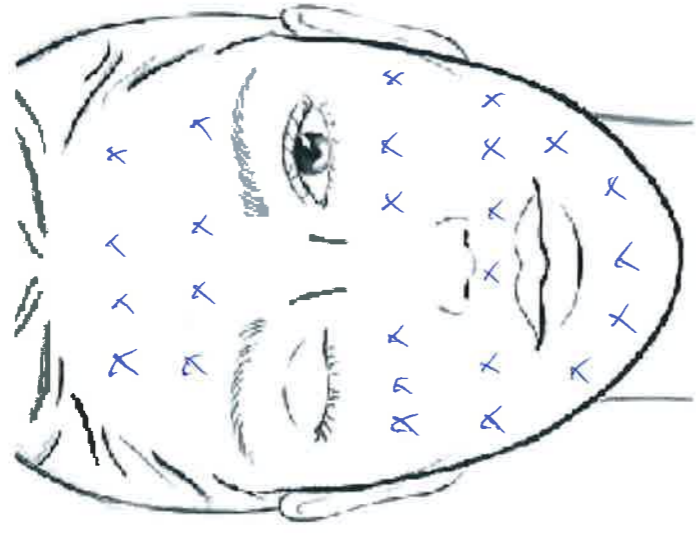
دون تحمل مركز أوركيذ الطبي أي مسؤوليه

الاسم: ناهد راشد سعيد

التوقيع



Patient's Name: Nahed Rashid .....  
 File Number: 1001599 .....  
 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	16/10/19	26/11/19	30/12/19	01/02/20	7/03/20	
Treatment Area	face body	Same	Same	Same	Same	
Hair Type	Med/Dark	Med/Dark	Soft	Soft	Soft	
Mode	DPI/FDP	Alex	Alex	Alex	Alex	
Fluence	24J/SHORT	8J/10-11ms	8J/9-10	9J/10ms	9J/9.5ms	
Pulse Type	6-7/SHORT	Bilin-YAG	Bilin-16/15	Bilin-16/14ms	9J/9.5ms	
CNT Pulse	6:30pm	16J/18ms	7pm	5:30pm	Bilin-16/15	
Passes	7:30pm	7:15 pm	8pm	7:30pm	8:15 pm	
Starting Time						
Finish Time						
Post Treatment						

8th. 9th. 10th. 11th.

Deka.

Package finished. only 11 because changed machine

Therapist Name and Signature .....