



File No:

Date: 28/2/19

Date: ... / ... /

File Number: 1001700

Patient Name: Amr Al Shamsi

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 14 / 10 / 1986 Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): U.A.E. Occupation (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): 0508466776

Address (العنوان):

E-MAIL:

How did you know about us:

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات 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 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 مميعةات الدم؟	لا
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، المل، 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 ملتح 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 أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج بإخذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى 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 قدمت لي قد بقي السلف صحيحة و اتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع 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 (نصية الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم ضغط):	/	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 للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة والسريية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

Patient Name: _____

File No: _____

Date	Treatment	Payment	Balance	Signature
	Patient took Pkg 4900	1286.25	1286.25	
	Shaving with her Sis Aisha (Ekeno 10070)			
	Remaining 6 Session Full body viki			
11-3-19	1st Session done	1286.25	Paid	
	Remaining: 5 Session			
13/4/19	LHR full body 2 nd Session done.			Beena.
4-5	Balance - 3.			
5/5/19	Facial Done			
16/19.	LHR full body 3 rd Session			Raeel
19/6/2019.	Carbon Laser			
6/7/19.	LHR full body			
17/7/19	Pro facial done			
19/9/10	Pro facial done			
28/9/19	LHR full body			
	Pkg finished.			
13/2/200	LHR full body (Deha).			

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No.: 7826
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
احصائي جلدية
Dermatology specialist
MOH License No.: 7826
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
احصائي جلدية
Dermatology specialist
MOH License No.: 7826
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
احصائي جلدية
Dermatology specialist
MOH License No.: 7826
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
احصائي جلدية
Dermatology specialist
MOH License No.: 7826
Orchid Medical Centre

precisely Kindly Answer the following questions *يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type <input 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 الأسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الأسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الأسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الأسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو قرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydrocuenon on Site?Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الإيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
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? 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?.....	هل قمت بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا هل قمت بتفك آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا ماهي المنتجات التي تستخدمها ليشربك حاليا؟
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	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا للسيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا هل قمت سابقا بيلوجر، 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

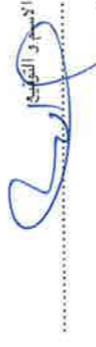
Date

أقر أنا الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيده الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إنباء الشعر. وأتفهم 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 الجلسة و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالعلاج و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

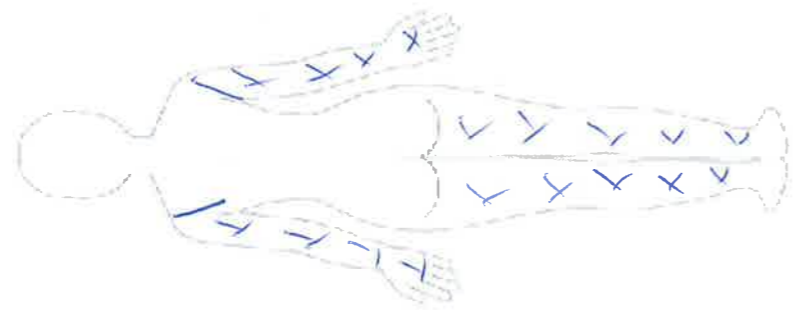
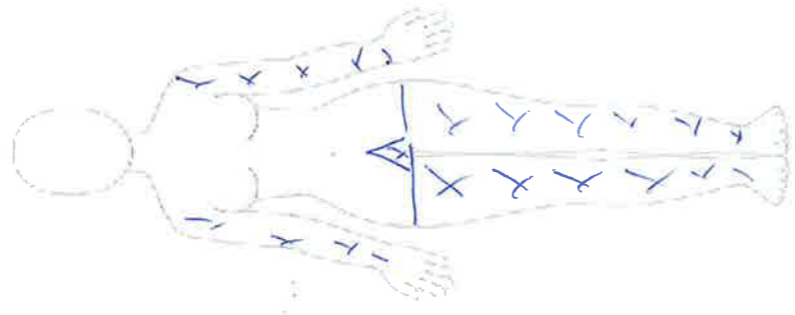
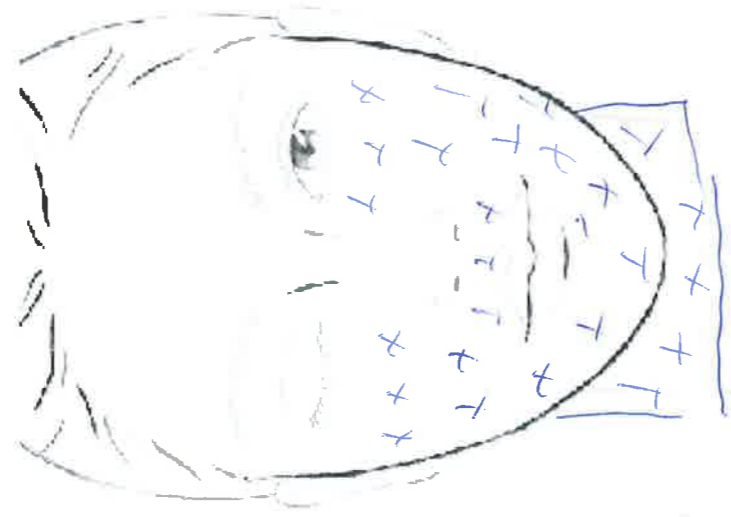
أقر بانني قد تقبيل التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- التوسيم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسيات 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 أنه برغم التغيير الذي قد ألحظه 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 التي 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 للإستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوعي السن القانوني.

الإسم و التوقيع


التاريخ
 / /

Patient's Name: Amia Al Shams اسم المريض
 File Number: 1001700 رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No Pretreatment photography taken? Yes / No



Pela.

Treatment Date	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Area	11/3/19. Full Body	13/4/19. Same.	1/6/19. Full body	7/7/19. Full body	7/21/19. Full body.	13/2/20. Full body.
Hair Type	DARK / THICK / M.	Same.	Full body	Full body	Full body.	Full body.
Mode	DPI / FDP	DPI / FDP	Thick / M	Thick / M	M / Dark	Dark
Fluence	22J	18-20	6/6	6/6	DPI / FDP	Alex (20)
Pulse Type	SA	6J / 6	5J	5J	SA 6/6	85 / 10ms
CNT Pulse	2 pass.	2 pass.	2 pass.	2 pass.	2 pass.	legs 4 arms.
Passes	4.40 PM	3 PM	2 pass.	2 pass.	2	Bilamin (16)
Starting Time	6 PM	4:30 PM	12:30 PM	12:30 PM	4:30 PM	4:30 PM
Finish Time			1:30 PM	3:40 PM	4:30 PM	4:30 PM
Post Treatment	Flucicort + mabe	M EBO.	M EBO.	M EBO.	flucicort	flucicort
		Beeva / Blessie				
Therapist Name and Signature						

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQXO*

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Amna,Obaid,Khalfan,Bunubair,Almheiri	IDN:	784198313538153	Mother Name:	Mariam
Name (Ar)	أمنا,عبد,خلفان,بنوبابر,المهيري	Card Number:	089132481	Mother Name (Ar):	مريم
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	401006791
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	20/05/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	20/05/2028	Date of Birth:	14/10/1983	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

2/28/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,286.25

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002804

Date: 28-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001700 - AMNA 0 - 971508466776**The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Eighty Six and Two Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,286.25 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____ Cheque No. _____ Date: _____

Being **ADVANE PKG 4900**_____ de 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 2,572.48

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002950)

Date:12-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001700 - AMNA 0 - 971508466776

The sum of Dhs. Two Thousand Five Hundred Seventy-Two Dirhams and Forty-Eight Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,286.25 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 1,286.23

Bank: Cheque No. Date: 12-03-2019

Being PT PAID FOR 1 YEAR PKG SHARED WITH HER SISTER AISHA AL SHAMSI FILE NUMBER(1001701)6 SESSION EACH

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 : 1001700 - AMNA 0 - 971508466776

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 808.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003330

Date: 13-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001700 - AMNA 0 - 971508466776

The sum of Dhs. **Eight Hundred Eight and Five Fills Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **808.50** (Bank Charges: 0.00) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

بـ 808.50 ADVANCE FOR 1 FACIAL + 3 SESSION CARBON + 1 SESSION GOLD STAMP + VAT TOTAL AMOUNT 1540 AEDMade 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
www.omc1.ae