



File No: .....

Date: 6/3/19

Date: ... / ... / ..... File Number: ..... ٥٥١٧٣٢  
Patient Name: ..... رانج ريفات  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 5/4/1979 Gender (الجنس): M / F  
Nationality (الجنسية): ..... العراق  
Address (العنوان): ..... البصرة / العاصميين  
E-MAIL: ..... RangelRefaat@qa.hos.com

اسم المريض: ..... رانج ريفات  
Marital Status: (الحالة الاجتماعية): ..... متزوج  
Phone No. (رقم الهاتف): ..... ٥٥٥٣٤٦٨٥١٩  
How did you know about us: ..... الإنترنت

| التاريخ الطبي Medical History   |                    |   |
|---|--------------------|---|
| الحالة الطبية Medical Condition   | Yes/No<br>نعم / لا | If 'YES' give details<br>إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment<br>هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟   | ✓                  |   |
| Corticosteroids/Immunosuppressant<br>هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟   | ✓                  |   |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟  | ✓                  |   |
| Surgical Operations, Serious Illness<br>هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي امراض؟  | ✓                  |   |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease<br>جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب | ✓                  |   |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants<br>هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيعات للدم؟  | ✓                  |   |
| Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)   | ✓                  |   |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other<br>امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، امراض اخرى   | ✓                  |   |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease<br>هل تعاليت من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟   | ✓                  |   |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems<br>هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟   | ✓                  |   |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases<br>التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى   | ✓                  |   |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other<br>قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟   | ✓                  |   |
| Epilepsy, or any other neurological disease<br>هل تعاليت من الجهاز العصبي؟  | ✓                  |   |
| Thyroid Diseases, Diabetes<br>هل تعاليت من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟   | ✓                  |   |
| Other conditions<br>HIV, HIV...etc<br>هل تعاليت من أي امراض أخرى؟<br>فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc   | ✓                  |   |



### 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 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 العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تامين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً 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
- 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 تحمي الملف الصحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النوع 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: 6...3...17

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

| Vital Signs المؤشرات الحيوية |                                 |                                       |  |
|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| Weight (الوزن): <b>75</b> Kg | Height (الطول): cm              | Blood Type (دم فصيلة الدم): <b>B+</b> |  |
| Pulse (النبض): ppm           | Blood Pressure (دم ضغط الدم): / | Blood Sugar (دم سكر الدم):            |  |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ائحال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تعاظي العقاقير) : Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



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            | Ranj,Rifaat, Yahya,Al<br>Shamaa | IDN:              | 784197931059329 | Mother Name:      |                        |
| Name (Ar)       | رانج ريفعت يحيى الشاماع         | Card Number:      | 081989124       | Mother Name (Ar): |                        |
| Title:          |                                 | Nationality:      | IRQ             | Family ID:        |                        |
| Title(Ar):      |                                 | Nationality (Ar): | العراق          |                   |                        |
| Issue Date:     | 06/02/2017                      | Sex:              | F               | Sponsor Type:     | 03                     |
| Expiry Date:    | 05/02/2020                      | Date of Birth:    | 05/06/1979      | Sponsor Name:     | ابراهيم عدل طه ابراهيم |
| Marital Status: | 02                              | Husband IDN:      |                 | Sponsor Number:   | 53961655               |
| Residency Type: | 03                              | Residency Number: | 20120143126693  | Residency Expiry: | 05/02/2020             |
| ID Type:        | IL                              | Occupation:       | 98              | Occupation Field: | 00                     |



Photo

Signature Image

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

3/6/2019





يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

|  |   |
|--|---|
| How do you better describe your skin Type                              | ما هو الوصف الأنسب لأنع بشرتك؟  |
| <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned                 | <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار   |
| <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned                   | <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار   |
| <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned                  | <input checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار  |
| <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned                  | <input type="checkbox"/> نادراً الاحترق , دائمة الاسمرار  |
| Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No | هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدرية <input type="checkbox"/> نعم / <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> لا  |
| Have you used Retin A-Glycolic acid or Hydrocuenon on Site? Yes/ No    | هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ <input type="checkbox"/> نعم / <input checked="" type="checkbox"/> لا |
| Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No  | هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا <input type="checkbox"/> لا                                 |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? .....                 | متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ <input type="checkbox"/> نعم / <input checked="" type="checkbox"/> لا        |
| Do/ Did you use any tanning products? Yes / No                         | هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا <input type="checkbox"/> لا  |
| Do you Have any tattoos on site? Yes / No                              | هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا <input type="checkbox"/> لا   |
| Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No      | هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا <input type="checkbox"/> لا   |
| What products you are using for your skin recently?.....               | ماهي المنتجات التي تستخدمونها / تستخدمها بشرتك حالياً؟ .....  |
| Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No                  | هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا <input type="checkbox"/> لا  |
| For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No                                | السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا <input type="checkbox"/> لا   |
| Have you done any permanent make up? Yes / No                          | هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا <input type="checkbox"/> 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

الاسم و التوقيع

Date

التاريخ

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

2019.3.16

أقر أنا ..... مركز أوركيد الطبي/ العارضة 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 الأصباغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعمل قدرتها على إنهاء الشعر. وأتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. واني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إني 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.

- 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.

أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد يحظه 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 التفتحات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام 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 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 أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

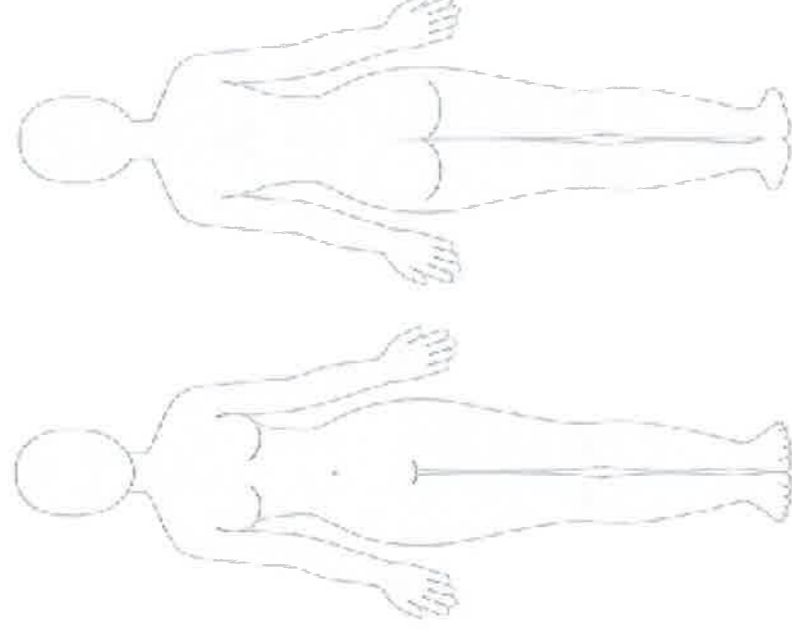
.....

.....

.....

.....

Patient's Name: Rany Rawan اسم المريض  
 File Number: ..... رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No ..... تخفيف الألم  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No ..... تقييم المريض  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....



|                | Session 1 | Session 2   | Session 3 | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|----------------|-----------|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Treatment Date | 6/3/19    | 8/4/19      | 10/05/19  |           |           |           |
| Treatment Area | Full face | Full face   | Full face |           |           |           |
| Hair Type      | Medium    | M/Dark      | M/Dark    |           |           |           |
| Mode           | ALEX      | Alex (20sp) | ALEX      |           |           |           |
| Fluence        | 7J / 15   | 7/13ms      | 7/13ms    |           |           |           |
| Pulse Type     |           |             |           |           |           |           |
| CNT Pulse      |           |             |           |           |           |           |
| Passes         | 1         |             |           |           |           |           |
| Starting Time  | 6:30 PM   | 4:30 PM     | 1:05 PM   |           |           |           |
| Finish Time    | 6:40 PM   |             | 1:15 PM   |           |           |           |
| Post Treatment | Full cont | None        |           |           |           |           |

Therapist Name and Signature ..... BESSIE





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002881)

Date:06-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001732 - RANJ REFAAT - 971553468519

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: **06-03-2019**Being **3 SESSION FULL FACE DEKA + VAT**Made 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)