



File No:

Date: 9/3/19

Date: ... / ... /

File Number: 1001739.....

Patient Name: Fatma.Mohammed.Ahmed.....

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 9/4/1985 Gender (الجنس): M / F

Marital Status:(الحالة الاجتماعية):

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

Address (العنوان): س.م.ج..... Phone No. (رقم الهاتف): 0567123336.....

E-MAIL:

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 اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	⊗	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	⊗	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	⊗	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	⊗	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	⊗	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	⊗	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) لويميا	⊗	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، المل، امراض اخرى	⊗	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	⊗	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملغ للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	⊗	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	⊗	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	⊗	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	⊗	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	⊗	
Other conditions HSV, HIV...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.

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 باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تامين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو 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 للقصورات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ابرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم أو الحساسية
- 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 قدمته لدي قمتي للملف صحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون مراقبتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... /

توقيع المريض / ولي الأمر (إن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ١٩ / ١٢ / ٢٠١٩

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمط الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة . احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (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

.....



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type

Always Burned , little tanned

Always Burned, Never Tanned

Little Burned, Always Tanned

Rarely Burned, Always Tanned

Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No

Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No

Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No

Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquenon on Site? Yes/ No

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?

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

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 أوافق على إجراء إزالة الشعر بالليزر باستخدام جهاز الليزر المعتمد. أوافق على إجراء إزالة الشعر بالليزر باستخدام جهاز الليزر المعتمد. وأتفق أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر فتعمل قدرتها على إنهاء الشعر. وأتفق أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وأنني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالخلق والتف والكريمات وإزالة الشعر بالشع و الكي وأنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشع أو التفتف قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم والتاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والحساسية ونوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشعس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
- أتفق أنه برغم التغيير الذي قد أحدثه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.
- الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. ومن الممكن حدوث بعض التورم والتشققات. وهذه الأعراض الجانبية ستتلاشى خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

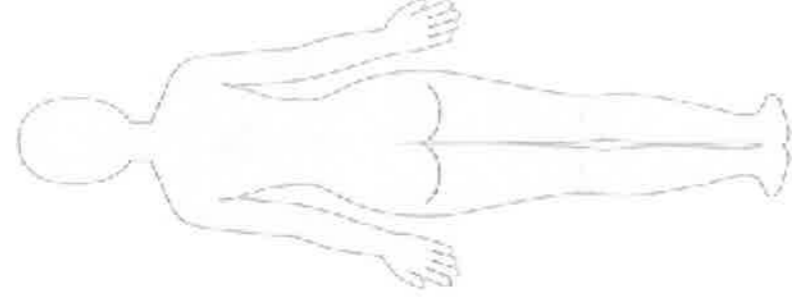
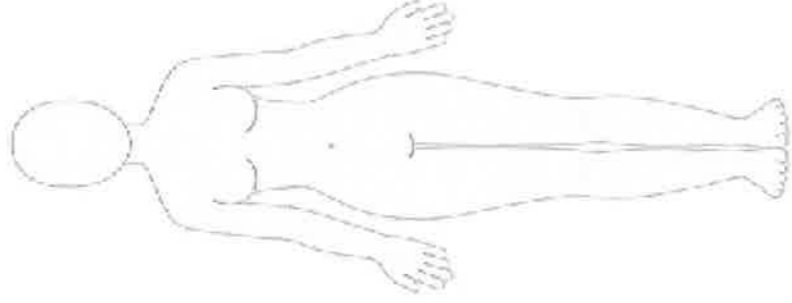
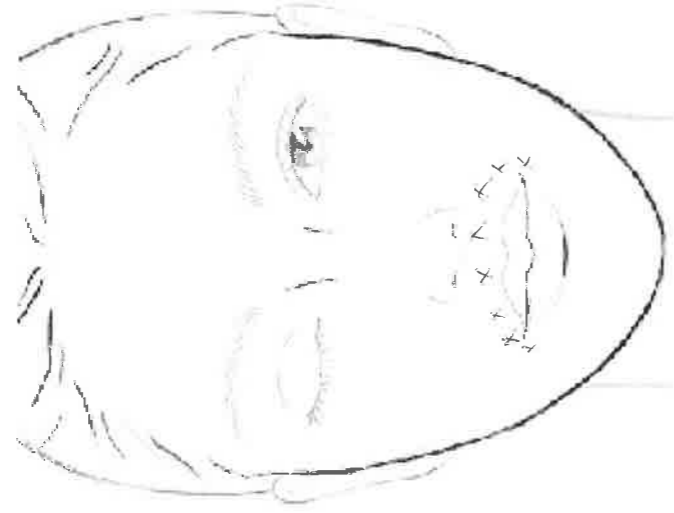
أقر أنه قد أتيت لمي الفرصة للاستفسار ونوجب الاستئذان إلى المعالج المختص وأنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي. وأنني تعازيت الطبيب عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ

2019/04/09

Patient's Name: FATMA MOHAMED اسم المريض
 File Number: رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No 1001739 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	9/3/19					
Treatment Area	UL					
Hair Type	SOFT / DARK					
Mode	ALEX					
Fluence	116 ms					
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1					
Starting Time	7:30 PM					
Finish Time						
Post Treatment	Finley					

Therapist Name and Signature Finley

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO

Public Data Readed Suc

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	Fatima,Mohamed,Ahmed,Mohamed,Alqaseer	IDN:	784198548093511	Mother Name:	Faten
Name (Ar)	فاطمة محمد أحمد محمد القاسر	Card Number:	078466448	Mother Name (Ar):	فاتن
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	101049545
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	19/05/2016	Date of Birth:	09/04/1985	Sponsor Name:	
Expiry Date:	19/05/2026	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	01	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	98	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				



Photo

Signature Image

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002905)

Date:09-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001799 - FATIMA MOHAMMED - 971567123330

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

By Cash 52.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-03-2019

Being UPPER LIP DEKA + VAT

Made by Hiba

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