



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1001756

Date: 13/3/19

File Number: 1001756

Date: ... / ... /

Patient Name: Fatima Al-Suwaidi اسم المريض:

Date Of Birth: 19/01/1999 (تاريخ الميلاد) Gender: M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية) h.m.s.u.m.c@icloud.com

Nationality: (الجنسية) Occupation: (الوظيفة)

Address: (العنوان) Phone No. (رقم الهاتف): 055-9144494

E-MAIL: How did you know about us: Google

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	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 حديثاً؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
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 شعاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	//	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيعات الدم؟	//	
Anemia, Leukemia (نقص الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	//	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، 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 ملتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
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 اخرى؟	//	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	//	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	//	
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ فيروس الأبتز، فيروس الحلا البسيط etc HSV, HIV...	//	



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.

I am fully aware that any payments is NON refundable

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

Lebina

13 03 2019

Date: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

أوافق وأسمح 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 الأفضل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي 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 أن لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات 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 كالتهاب 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 فتحي الملف الصحية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

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

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

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 (دمية 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 ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (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

.....




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 دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار
	<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned دائمة الاحترق , عميدة الاسمرار
	<input checked="" type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
	<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes/ No هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو قرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No
Have you Taken Akutan or isotritonine in the last 6 months? Yes/ No هل تناولت عقار الاكيتان/ الايسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم/ لا	<input type="checkbox"/> Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquinon on Site? Yes/ No هل استخدمت ريتين اي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No هل قمت بتفك أو كسي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No
What products you are using for your skin recently?..... ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حاليا؟.....	
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No
For Ladies: Are You Pregnant? Yes / No السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No
Have you done any permanent make up? Yes / No هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes / <input checked="" type="checkbox"/> 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 13-03-19

أقر أنا مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.

و أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إنهاء الشعر. و أتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لازالة الشعر كالخلق و التفت و الكريسات 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 تفادي 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 كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة

- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الست اشهر الماضية أو اي عقاقير تشعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

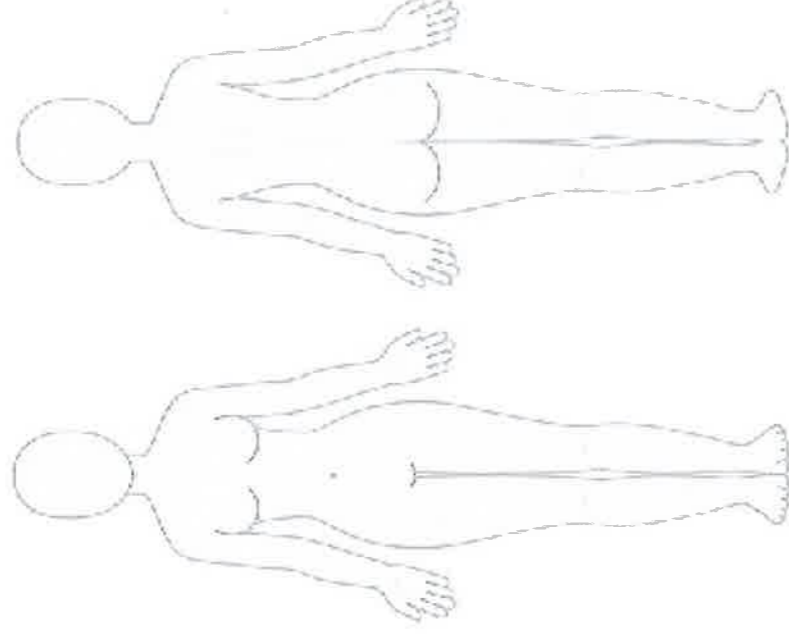
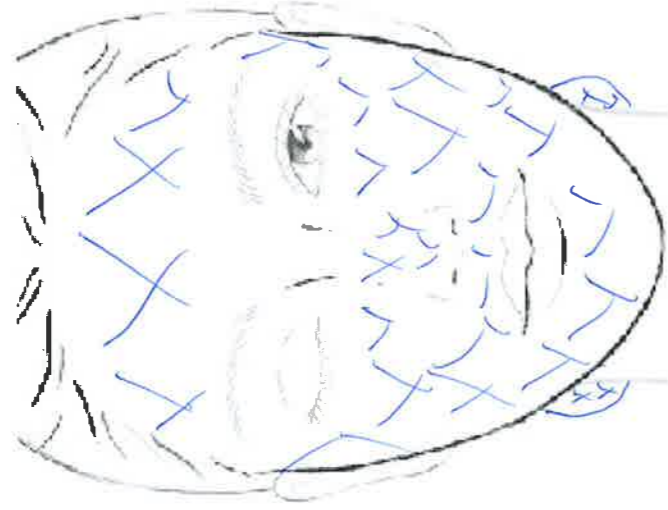
الأعراض الجانبية
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحرق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلافي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيت لي الفرصة للتسمير و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و إني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. و إني تجاوزت التامة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ / /

Patient's Name: **FATIMA**
 File Number: **1001756**
 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	13/3/19	11/4/19	24/7/19	18/3/20	16/5/20	
Treatment Area	Full FACE	Full FACE	Full face	Same	full face	
Hair Type	SOFT	SOFT	SOFT	Alex	Alex	
Mode	ALEX	ALEX	MD YAG	Alex	Alex	
Fluence	6J/10	610ms	17(15m)	7J/10ms	710ms	
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1	1	1	1	1	1 pass.
Starting Time	11:20AM	12:1	8:30pm	6:30pm	4pm	
Finish Time	11:40 PM	12:15				
Post Treatment	FUCICORT	fuwnt.	fuwnt	#IRUDOID	Hnedo9	
	BESSIE	BESSIE				
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	Fatima,Saleh,Sultan,Alghubbi,Alsuwaidi	IDN:	784198905710277	Mother Name:	
Name (Ar)	فاطمة،صالح،سلمان،الغبي،السويدي	Card Number:	089518023	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	302001860
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	13/06/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	13/06/2023	Date of Birth:	19/01/1989	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

3/13/2019



مركز أوركيدي الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002957)

Date:13-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001756 - FATIMA 00. - 971559144494**

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

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

Bank: Cheque No.

Date: **13-03-2019**

Being **3 SESSION FULL FACE DEKA + VAT (1 SESSION DONE)**

Made by **Hiba**

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 : **1001756 - FATIMA 00. - 971559144494**

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

www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008194)

Date:18-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001756 - FATIMA 00. - 971559144494

The sum of Dhs. One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 157.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 18-03-2020

Being 1 SESSION FULL FACE + VAT

Made by Reem

- 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 : 1001756 - FATIMA 00. - 971559144494

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