

File No: .....

Date: 18/3/19

File Number: 1001779

Date: ... / ... / .....  
Patient Name: Maryam Shaji

اسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 03/10/1987 Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality (الجنسية): Bahrein

Occupation (الوظيفة): Housewife

Address (العنوان): .....

Phone No. (رقم الهاتف): 9585895590

E-MAIL: Maryam.shaji@hotmail.com

How did you know about us: Instagram

الحالة الطبية	Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
هل تعاطى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثة؟	Recent or current drugs/Medical Treatment		
هل تعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant	No	
هل لديك أي حساسية؟	Allergies	No	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	Surgical Operations, Serious illness	No	
جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	No	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشكل في النزيف أو تعاطى أي مبيدات للدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	No	
أنيميا، لوكيميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia	No	
أمراض صدرية، أزمة قلبية، التهاب في الشعبات، المل، أمراض أخرى	Chest disease, Asifma, Bronchitis, TB, Other	No	
هل تعاطى من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	No	
هل أنت حامل؟ هل تعاطين أي منع للحمل؟ هل تعاطين من مشكل في الدورة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	No	
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	No	
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	No	
هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease	No	
هل تعاطى من مرض السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes	No	
هل تعاطى من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا السبب etc...	Other conditions HSV, HIV...etc	No	



### 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 of 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):

Date: ... / ... / .....

### نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمع الطبيب ببلإح حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و الموكل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالبلإح الأمثل و الخدمة الأمثل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال البلإح أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب الصالغ بالتحاق كل الإجراءات الطبية و البلإجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج البلإجات 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 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 قيمت لدى فريقي للملف صحيفياً و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع عليها دون مراقبتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و أنني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و أنني وقعت عليه بأكمل ارادتي
- أنا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد
- توقيع المريض / ولي الأمر (من هم نون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

س. ك. ك.

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

Chief Complaint: سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History: التاريخ المرضي:

Allergies: الحساسيات

Medications: الأدوية

Pregnancy: الحمل

Previous Surgeries: Hospitalization  
عمليات سابقة، إيداع المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings: الملاحظات العامة والتاريخية

Examination: الفحص

Radiography: الصور الشعاعية

Diagnosis: التشخيص

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....





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

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف المناسب لنوع بشرتك؟
<input checked="" type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الأسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الأسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الأسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> غادرة الاحتراق , دائمة الأسمرار
Have you ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندب 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 قروحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or isotretinone in the last 6 months? Yes/No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquinon on Site?Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الهيدروكويك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? .....Yes/No	هل كنت لآخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحضرة تسمير؟ نعم / 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 وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?.....	ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حالياً؟.....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقة؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

I, Maryam Alshari 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

*(Signature)*

Date  
... / ... / ...

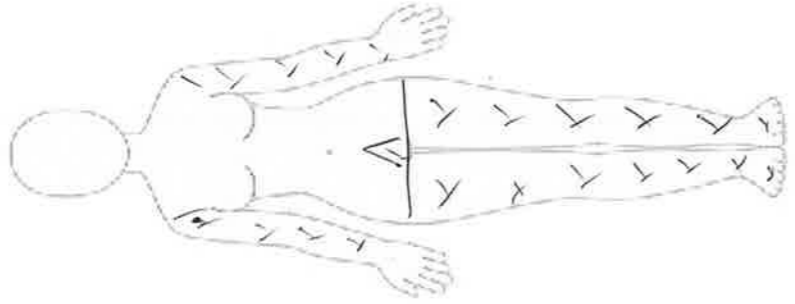
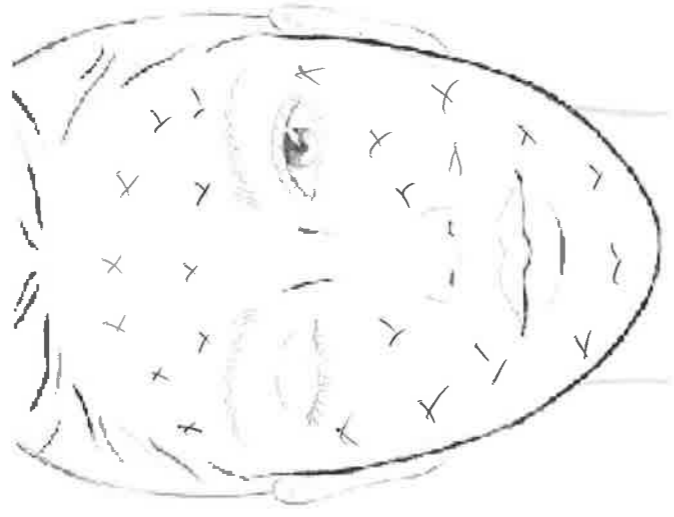
أقر أنا Maryam Alshari بالتصريح أنني أوافق على إجراء إزالة الشعر بالليزر في مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المحفور. أعلم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصريات الشعر لتحلل قدرتها على أداء الشعر. وأتفق 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 أنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و أنني اخترت إزالة الشعر بالليزر. أقر بأنني قد تفقت التعليمات التالية:  
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 6-8 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 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.  
أتفق أنه 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 ستلاشي 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 أتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قرأتها لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلغي السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ

... / ... / ...

Patient's Name: ..... *Mariyam Saif* ..... اسم المريض  
 File Number: ..... رقم الملف .....  
 Pain Relief given? Yes / No ..... Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....  
 1001679.



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	18/3/19.					
Treatment Area	Full body.					
Hair Type	SOFT / M / DARK.					
Mode	MD 744					
Fluence	16J/1.5					
Pulse Type	Bikini 120J/18ms					
CNT Pulse						
Passes	1 pass					
Starting Time	1.45 PM					
Finish Time	2.45 PM					
Post Treatment	Advised Moisturizer					

Therapist Name and Signature ..... *Rose* .....

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO\*

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	Maryam,Majeed,Murad Hasan,Shajj	IDN:	784198736296520	Mother Name:	Asooma
Name (Ar)	مریم ماجید مراد حسن شاجی	Card Number:	092782071	Mother Name (Ar):	عصومة
Title:		Nationality:	BHR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	البحرين		
Issue Date:	24/01/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	05/01/2021	Date of Birth:	03/10/1987	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	IR	Occupation:	10	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

<http://qrchidsvr/EMIP/default.aspx>

3/18/2019





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 997.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003006)

Date: 18-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001779 - MARYAM SHAJI - 971585895590

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 997.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 18-03-2019

Being FULL BODY DEKA + VAT

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 : 1001779 - MARYAM SHAJI - 971585895590

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)