



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1001877

Date: ٢٠١٩/٠٤/٠٦

Date: ٢٠١٩/٠٤/٠٦

File Number: 1001877

Patient Name: Hana El.Marzouki

اسم المريض: هاني هرنسلي

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ٢٠٠١/٠٤/٠١

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): (الوظيفة):

Phone No. (رقم الهاتف): 0501693766

Address (العنوان):

How did you know about us: .....

E-MAIL: .....

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	٢	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	٢	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	٢	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	٢	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	٢	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميحات للدم؟	٢	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا	٢	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	٢	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو تناسلية؟	٢	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	٢	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	٢	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	٢	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	٢	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	٢	
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV... etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	٢	



### 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):

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 الأفضل 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 تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية او 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 ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تقوي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو الازيف 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 قمته لي فتحي الملف صحيحة. 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 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (فصيلة الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	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 ، اإخال 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

.....





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

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟  
 دائماً الاحترق , قليلاً الاسمرار  
 دائماً الاحترق , عديم الاسمرار  
 قليلاً الاحترق , دائماً الاسمرار  
 نادرة الاحترق , دائماً الاسمرار

Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No  
 لا / نعم / لا

هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا

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

هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو قروحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا

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

هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا

Have you used Retin A-Glycolic acid or Hydrocuenon on Site? Yes / No  
 لا / نعم / لا

هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟

Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No  
 لا / نعم / لا

هل قمت بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منطه العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

Did you get exposed to sun or got tanned lately? .....  
 لا / نعم / لا

هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بلبسة تسمير؟ نعم / لا

Do/ Did you use any tanning products? Yes / No  
 لا / نعم / لا

هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا

Do you Have any tattoos on site? Yes / No  
 لا / نعم / لا

هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا

Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No  
 لا / نعم / لا

هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا

What products you are using for your skin recently?.....  
 لا / نعم / لا

ماهي المنتجات التي تستخدمونها / تستخدمها لبشرتك حالياً؟

Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No  
 لا / نعم / لا

هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا

For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No  
 لا / نعم / لا

السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا

Have you done any permanent make up? Yes / No  
 لا / نعم / لا

هل قمت سابقاً بإجراء 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 .....  
 مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصليات الشعر لتعمل قوتها على انهاء الشعر. وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات العلاج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و اني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك والكريمات و إزالة الشعر بالشع و الكي و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تقيت التعليمات التالية:  
 - لا يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.  
 - يجب تقادي إزالة الشعر بالشع او التفك قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.  
 - الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.  
 - يجب اعطاء 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.

أفهم أنه برغم التغيير الذي قد يحدثه من الجلسة الأولى فلن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

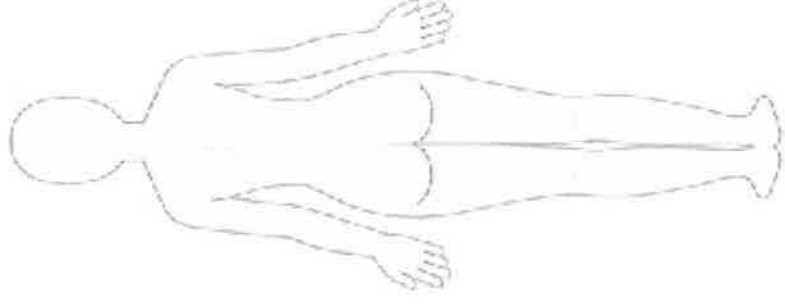
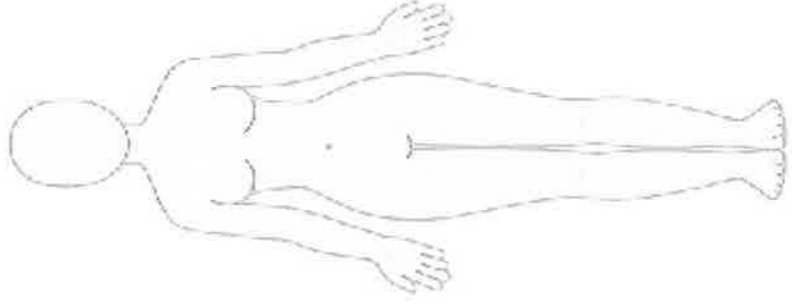
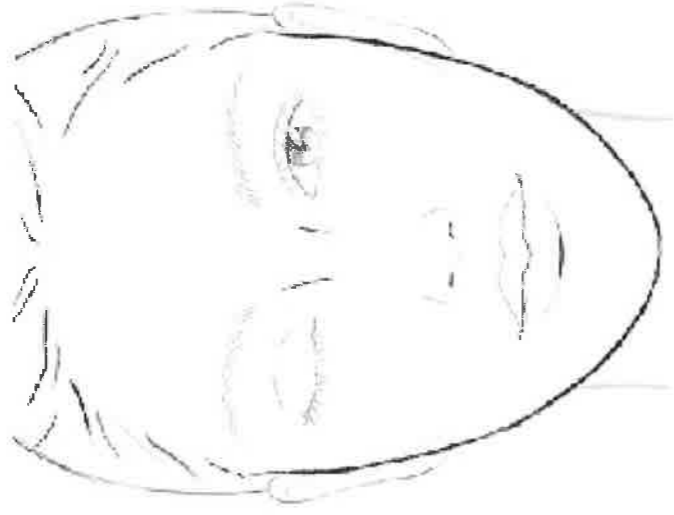
الأعراض الجانبية  
 قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الي عدة ايام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات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

أقر أنه قد أتيت لمي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الي المعالج المختص و اني قد قرأت و فهمت محتويات هذا القرار أو قد تمت قراءته لمي و اني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الاسم و التوقيع .....

التاريخ ..... / ..... / .....

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



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date						
Treatment Area						
Hair Type						
Mode						
Fluence						
Pulse Type						
GNT Pulse						
Passes						
Starting Time						
Finish Time						
Post Treatment						

Therapist Name and Signature .....







مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003232)

Date:04-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001877 - HANAN 0 - 971568965774

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 315.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-04-2019

Being CARBON PEEL + 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 : 1001877 - HANAN 0 - 971568965774

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