



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002033

Date: 25 / 4 / 2019

Date: 25 / 4 / 2019

File Number: 1002033

Patient Name: Alya Ali محمد علي

اسم المريض: علي محمد

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 14 / 05 / 2006

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Jordanian

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0502002994

E-MAIL: Sister

How did you know about us: Sister

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؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ممانع للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions Other conditions HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط 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 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 الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمور 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 لتتأخر العلاجات و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما 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 الألم 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 لي قد تحمي للعنف صحية، و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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: 2.5 / 4 / 2011

Shahk

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 (دمية 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 ، اذخالمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (دوائيمعاقير): 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 يجيب الاجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type ما هي الوصف لنوع بشرتك؟	<input checked="" type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input type="checkbox"/> Always Burned , Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned , Always Tanned <input type="checkbox"/> Rarely Burned , Always Tanned
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو تقرحات 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 الأكيوتان/ الأيسوتريونين 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 أي أو منتجات حمض الهيدروكويك 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 بنق أو كي 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? Do/ Did you use any tanning products? Yes / No هل تعرضت لشمس أو قمت بحمام الشمس في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No What products you are using for your skin recently?..... هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No
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	<input checked="" type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No <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
... / ... /

أقر أنا عليا علي محمد بقدمي الى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

و اتعهد ان أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قديتها على انهاء الشعر. واتعهد ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع الشعر والشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لازالة الشعر كالطرق و التفت و الكريمات و ازالة الشعر بالشمع و الكي و اني احذرت ازالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 اسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تقادي ازالة الشعر بالشمع او التفت قبل العلاج ب 6 اسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست اشهر الماضية او اي عقاير تمنعهم من

التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.
أتعهد 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 الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى 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 لى الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و اني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري او حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ
25 / 4 / 2019

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMI

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	Alva Ali, Juma Alghawi, Ali	IDN:	784200683254864	Mother Name:	
Name (Ar)	علياء علي، جمعة الغاوي، جومال علي	Card Number:	068560560	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	301005909
Issue Date:	19/05/2014	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	19/05/2019	Date of Birth:	14/01/2006	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

No signature / بدون إمضاء

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

4/25/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003450)

Date:25-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002033 - ALYA JUMA - 971502002994

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:

Date: 25-04-2019

Cheque No.

Being **UPPER LIP + 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 : 1002033 - ALYA JUMA - 971502002994

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