



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إنسامة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

File No: 1002088

Date: 4/5/19

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

File Number: 1002088

Patient Name: Fatima Abdallah

إسم المريض: فاطمة عبد الله

Date Of Birth: ... / ... / ... Gender: M  F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: (الجنسية):

Occupation: (الوظيفة):

Address: (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0551663191

E-MAIL: warr.a.majid@gmail.com

How did you know about us:

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



### 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 لتتأخر العلاجات و الإجراءات الطبية و التحليلية 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 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فحسي للملف صحية و أتفهم أن 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: 2014/5/21

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 ، أحوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظمي 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 هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟	<input 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 Scars or keloids? Yes / No هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جبرة؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes / No
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No هل تناولت عتار الأكيبتان/ الإيسوتريتينوين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes / No
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجاينكريك أو الهيدروكورتينون في منطقة العلاج؟	<input type="checkbox"/> Yes / No
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydrocuenon on Site? Yes/ No هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجاينكريك أو الهيدروكورتينون في منطقة العلاج؟	<input type="checkbox"/> Yes / No
'Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No هل قمت بنفك أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes / No
Did you get exposed to sun or got tanned lately? ..... هل كنت قد تعرضت لشمس لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بطسمة بشرة مؤخراً؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes / No
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes / No
Do you Have any tattoos on site? Yes / No هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes / No
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes / No
What products you are using for your skin recently? .....	
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes / No
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes / No
Have you done any permanent make up? Yes / No هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم الوجه؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes / No

..... 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 va n of individual responses to treatment. and I consent that I know all the «rternative 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



الإسم و التوقيع

Date

... / ... / .....

4... / 5 / 2019

التاريخ

أقر أنا ..... بقدمي الى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

و أتفهم أن أشعة الليزر تنتج دفقا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعطل قدرتها على انماء الشعر.

و أتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إني علم على كامل تكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بانني 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 المساسية و نوع البشرة
- الاضطرص الذين تناولوا عتار الأكيبتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم 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 الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الي عدة أيام بعد العلاج. نفس 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 للإستفسار و توجيه الأسئلة الي المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قرأته لي. و أنني تجاوزت التامة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

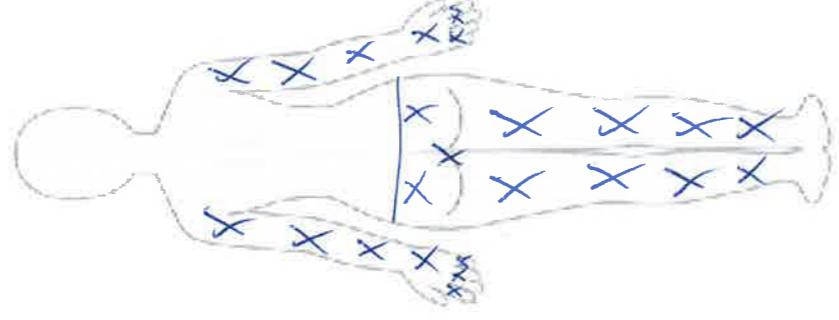
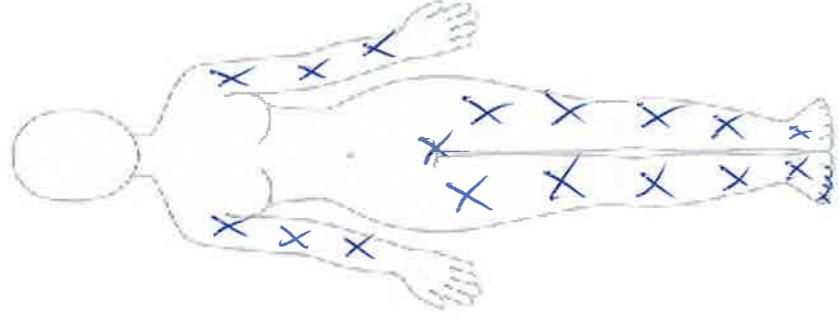
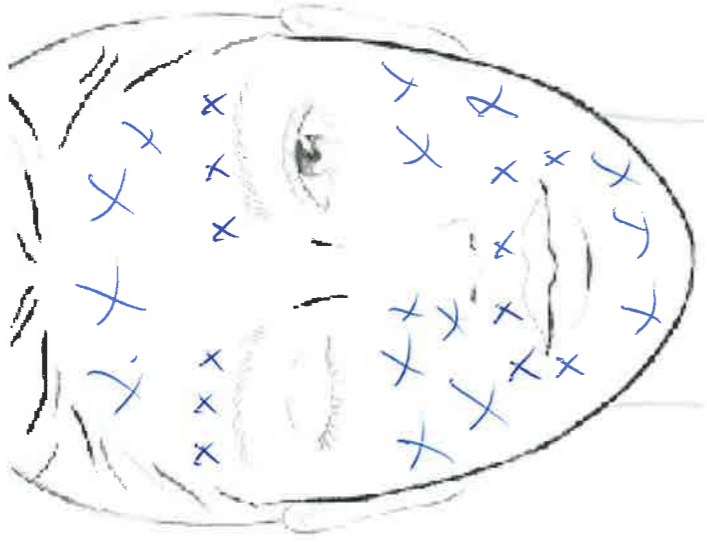
أقر بانني قد تلقيت التعليمات المطلوبة.

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 أيام بعد العلاج. نفس 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 للإستفسار و توجيه الأسئلة الي المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قرأته لي. و أنني تجاوزت التامة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

Patient's Name: Fatima Abdallah .....  
 File Number: .....  
 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	01/05/19	01/07/19	28/08/19	16/11/19	11/02/20	13/20
Treatment Area	FULL BODY	Same	Same	full body	full body	Same
Hair Type	Medium	Same	Medium	thin	thin	Same
Mode	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	Alex	Alex (20)	Soft
Fluence	22J/cm <sup>2</sup>	22J/SHORT	22-24	S-5 → 2000	8.5/9.5	Alex
Pulse Type	SHORT	SHORT	SHORT	9/9.5 full body	Bilamin (20)	9.5/10ms
CNT Pulse		70/SHORT		Bilamin - Yes	Yes	Bilamin - 16J/5ms
Passes	2	2	2	160/20ms	170/12.5	
Starting Time	3:35pm	7pm	2:30pm	5-45pm		
Finish Time	4:55pm	8:45pm	4pm	6-45pm		
Post Treatment	TRUPOL			Hirudoid	Hirudoid	HIRUDOID

Therapist Name and Signature .....

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQyMl

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	Fatmah,Abdulla,Mohamed,Alraqas,Alhmoudi	IDN:	784200286598196	Mother Name:	Noura Ahmed
Name (Ar)	فاطمة عبدالله محمد الراقص الحمد	Card Number:	092500274	Mother Name (Ar):	نورا احمد
Title:		Nationality (Ar):	ARE	Family ID:	706000843
Title(Ar):		Nationality	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	07/01/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	07/01/2024	Date of Birth:	19/11/2002	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	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>

5/4/2019





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,286.25

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003561

Date: 04-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002088 - FATIMA ABDULLAH - 971551663191

The sum of Dhs. One Thousand Two Hundred Eighty Six and Two Five Fils Only

By Cash 1,286.25 / By Credit Card 0.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Cheque No.

Date:

Bé...g ADVANCE FOR FULL BODY PKG 4900) SHARING WITH NOORA ALSHAMI FILE NO:1002087

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

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,572.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004272)

Date:01-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002088 - FATIMA ABDULLAH - 971551663191

The sum of Dhs. Two Thousand Five Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 1,286.25 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 1,286.25

Bank:

Cheque No.

Date: 01-07-2019

Being PACKAGE FOR FULL BODY LHR 4900 SHARING WITH NOORA MOHD FILE NO:1002087

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 : 1002088 - FATIMA ABDULLAH - 971551663191

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



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004880)

Date:28-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002088 - FATIMA ABDULLAH - 971551663191**The sum of Dhs. **Two Hundred Sixty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **262.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **28-08-2019**Being **BUTTOCKS LASER + VAT**Made by **Rana**

- 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 : **1002088 - FATIMA ABDULLAH - 971551663191**

---

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