



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: ..1002095

Date: 4 / 5 / 2019

Date: 4 / 5 / 2019

File Number: 1002095

Patient Name: Faisal Maif Abdullah

اسم المريض: فيصل مايف عبدالله

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 4 / 9 / 93 Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): سورية

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Address (العنوان): T.S.H.M.A.K.H@ymail.com

Phone No. (رقم الهاتف): 0564400039

E-MAIL: T.S.H.M.A.K.H@ymail.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 حديثاً؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للعدوى؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لوزانة	
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 مبيعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لويميا (نقر الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، 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 منع 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؟	نعم	
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, HSV... 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 الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف 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 الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية 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 الي مضاعفات كالالتهاب أو التوريم أو النزيف أو الالم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطالبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فحسي الملف صحیح و تفهم 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / 2019
4.1.5

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ابحال المستشفى

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

.....



Please Check
This File No
1001950

PATIENT NAME: Faisal Nail

DATE	TREATMENT	SIGNATURE
4/5/19	Bead + Neck	Dr. Wessam Marwan Al Tabbaa
15/6/19	Bead + Neck	Dr. Wessam Marwan Al Tabbaa
27/6/19	Bead + Neck	Dr. Wessam Marwan Al Tabbaa
21/08/19	HEIR Bead + Neck	Dr. Wessam Marwan Al Tabbaa
21/10/19	LHE Bead + Neck (Nape)	Dr. Wessam Marwan Al Tabbaa
8/12/19	LHA Bead + Neck, Nape (Dela)	Dr. Wessam Marwan Al Tabbaa
11/1/20	LHR Bead + Neck (Dela)	Dr. Wessam Marwan Al Tabbaa
15/02/20	HEIR B&N + Nape (Dela)	Dr. Wessam Marwan Al Tabbaa

د. وسام مروان الطباع
Dr. Wessam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No. 1826
Orchid Medical Centre

مركز اوركيد الطبي
Dr. Wessam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No. 1826
Orchid Medical Centre

مركز اوركيد الطبي
Dr. Wessam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No. 1826
Orchid Medical Centre

FILE NO#:

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 <input type="checkbox"/> No
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No هل تناولت عيار الأكيبتان/ الإيسوترينوتين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydrocuenon on Site? Yes / No هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No هل قمت ببتف أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منطه العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Did you get exposed to sun or got tanned lately? هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No
What products you are using for your skin recently?..... ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها إيفرتك حالياً؟	
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you done any permanent make up? Yes / No هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم الوجه؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> Yes <input 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 'tiation of individual responses to treatment. and I consent that I know all 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
فصل نايف كيم... اللسيه

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

وأقترح أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصابع الموجزة في بصليات الشعر لتمثل قدرتها على انهاء الشعر.

وأقترح ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني علم على كامل تكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفتف و الكريمات و إزالة الشعر بالشع 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 وبعد العلاج.

- يجب تقادي إزالة الشعر بالشع و التفتف قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.

- التفتف و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً و يشمل ذلك العلاجات و المساسية و نوع البشرة

- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيبتان خلال الست أشهر الماضية و أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشع لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

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

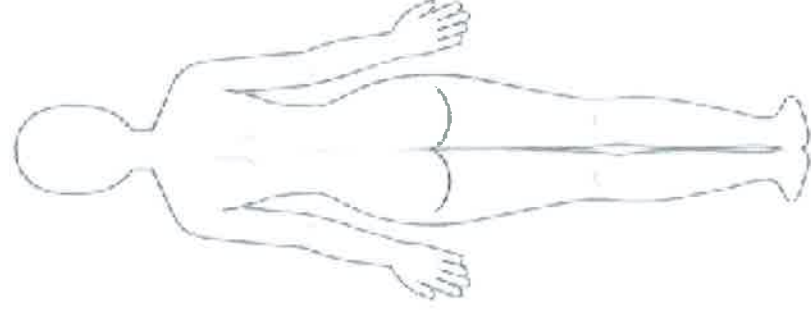
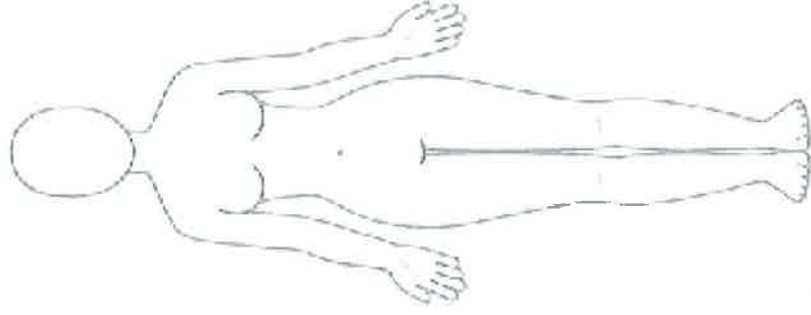
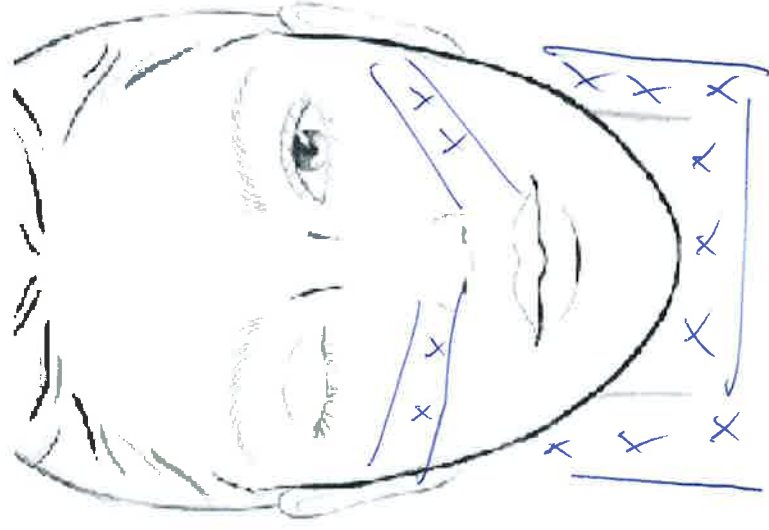
الأعراض الجانبية
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشى خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات 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 قراءته لي. و أنني تجاوزت القائمة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الإسم والتوقيع
فصل نايف كيم... اللسيه

التاريخ
H.../ 15 / 2019

Patient's Name: Faisal Nail إسم المريض
 File Number: رقم الملف
 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	15/02/20					
Treatment Area	Beard+Neck +Nape					
Hair Type						
Mode						
Fluence	Alexi					
Pulse Type						
CNT Pulse	75/15ms					
Passes						
Starting Time	8:45pm					
Finish Time						
Post Treatment	HIROD01D					

Therapist Name and Signature

اسم المريض: Faisal Naef

اسم المريض:

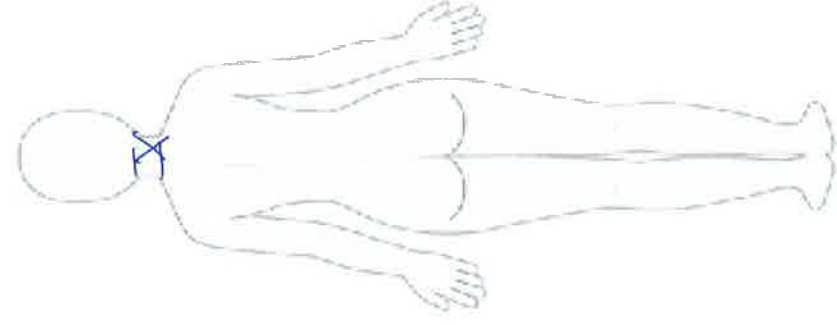
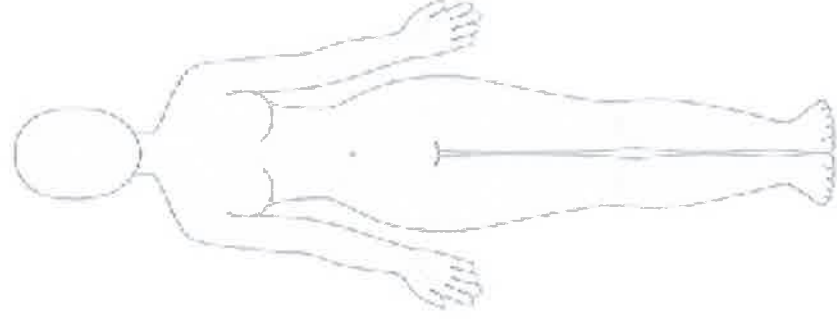
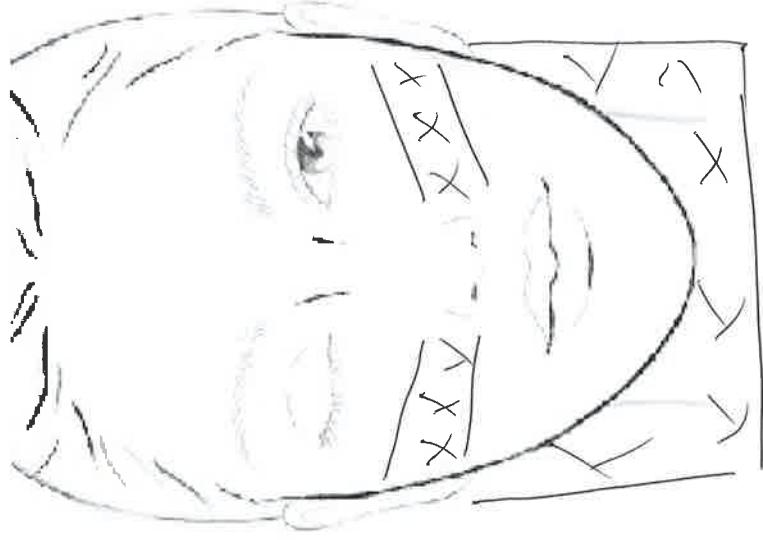
رقم الملف:

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No

1002095



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	4/8/19	15/6/19	27/07/19	24/08/19	12/10/19	21/11/19
Treatment Area	Beard + neck	Beard + neck	Game	Game	Beard + neck + Nape	Beard
Hair Type	Thick. Dark	Thick Dark	Medium	Soft	Thick ID	Thick ID
Mode	ND 774	ND 774	ALEX	ALEX	ND 774 20	Alex 20
Fluence	do spot	do spot	FJ 15ms	FJ 12-13.5	12ms	8/18ms
Pulse Type	13/200ms	13/200ms				
CNT Pulse	1	1	1	1	1	1
Passes						
Starting Time	8pm	5:30pm	5:30pm	6:30pm	6pm	8pm
Finish Time		5:45pm	5:45pm	6:50pm	7pm	8:10pm
Post Treatment	Funk <u>Pyro</u>	Pyro <u>Pyro</u>			Funk <u>Pyro</u>	Hando cp <u>Pyro</u>

Therapist Name and Signature

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO*

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	Faisal,Naif,,Abdullah	IDN:	784199343683548	Mother Name:	
Name (Ar)	فيصل نايف ،، عبدالله	Card Number:	090906903	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	19/09/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	17/09/2020	Date of Birth:	04/09/1993	Sponsor Name:	بيضاء المشن وتخليص
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120182471376	Residency Expiry:	17/09/2020
ID Type:	IL	Occupation:	2411	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

5/4/2019

