



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 15 / 5 / 19

Date: ... / ... / File Number: 1002135.....

Patient Name: Ali Hassan علي اسم المريض:

Date Of Birth: 18 / 6 / 1991 (تاريخ الميلاد) Gender: M (الجنس) F (الحالة الاجتماعية): رقم الهاتف: 1277279

Nationality: (الجنسية): (الوظيفة):

Address: (العنوان):

E-MAIL: a.alhassani@orchid.com

How did you know about us: website

| التاريخ الطبي Medical History | | |
|--|-----------------|--|
| الحالة الطبية Medical Condition | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details اذا 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 للمناعة؟ | لا | |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟ | لا | |
| Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني 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 مميعات للدم؟ | لا | |
| Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكميا (سرطان 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 الأمراض بولية أو تناسلية؟ | لا | |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مئع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في البورة الشهرية؟ | ذكر | |
| 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؟ HSV, 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 الأمثل 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 أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة 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 الالام 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 لدي قضي 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 بكل كامل ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (لن هم دون السن القانونية):


15/5/2019

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

| | | | | |
|-----------------|-----|----------------------------|----|-------------------------|
| Weight (الوزن): | Kg | Height (الطول): | cm | Blood Type (فصية 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 ، ادخال 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

.....



precisely Kindly Answer the following questions

| | |
|---|---|
| ما هي الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟ | <input type="checkbox"/> دائماً الاحترق ، little tanned <input type="checkbox"/> دائماً الاحترق ، Never Tanned <input type="checkbox"/> قليلاً الاحترق ، Always Tanned <input type="checkbox"/> نادراً الاحترق ، Always Tanned |
| هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جيرة؟ نعم / لا | <input checked="" type="checkbox"/> لا |
| هل ظهر لديك حلا بسيط أو يثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا | <input checked="" type="checkbox"/> لا |
| هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا | <input checked="" type="checkbox"/> لا |
| هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكورتون في منطقة العلاج؟ نعم / لا | <input checked="" type="checkbox"/> لا |
| هل ظهر لديك حلا بسيط أو يثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا | <input checked="" type="checkbox"/> لا |
| هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا | <input checked="" type="checkbox"/> لا |
| هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكورتون في منطقة العلاج؟ نعم / لا | <input checked="" type="checkbox"/> لا |
| هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جيرة؟ نعم / لا | <input checked="" type="checkbox"/> لا |
| هل ظهر لديك حلا بسيط أو يثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا | <input checked="" type="checkbox"/> لا |
| هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا | <input checked="" type="checkbox"/> لا |
| هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكورتون في منطقة العلاج؟ نعم / لا | <input checked="" type="checkbox"/> لا |
| هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جيرة؟ نعم / لا | <input checked="" type="checkbox"/> لا |
| هل ظهر لديك حلا بسيط أو يثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا | <input checked="" type="checkbox"/> لا |
| هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا | <input checked="" type="checkbox"/> لا |
| هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكورتون في منطقة العلاج؟ نعم / لا | <input checked="" type="checkbox"/> لا |
| هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جيرة؟ نعم / لا | <input checked="" type="checkbox"/> لا |
| هل ظهر لديك حلا بسيط أو يثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا | <input checked="" type="checkbox"/> لا |
| هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا | <input checked="" type="checkbox"/> لا |
| هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكورتون في منطقة العلاج؟ نعم / لا | <input checked="" type="checkbox"/> 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 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 أنني
مركز أوركيد الطبي المشاركة لازالة 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 بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر.

وأفهم أن 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. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لازالة الشعر كالتفك و التفتف و الكريعات و ازالة الشعر بالشمع و الكلي و إنني اخترت ازالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتشمير أو استخدام مستحضرات التشمير لمدة 6-8 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تفادي ازالة الشعر بالشمع أو التفتف 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 ويشمل ذلك العلاجات و الحساسيات و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.

أفهم 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. نفس أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشاذ و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيت لي الفرصة للإستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قرأته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغي السن القانوني.

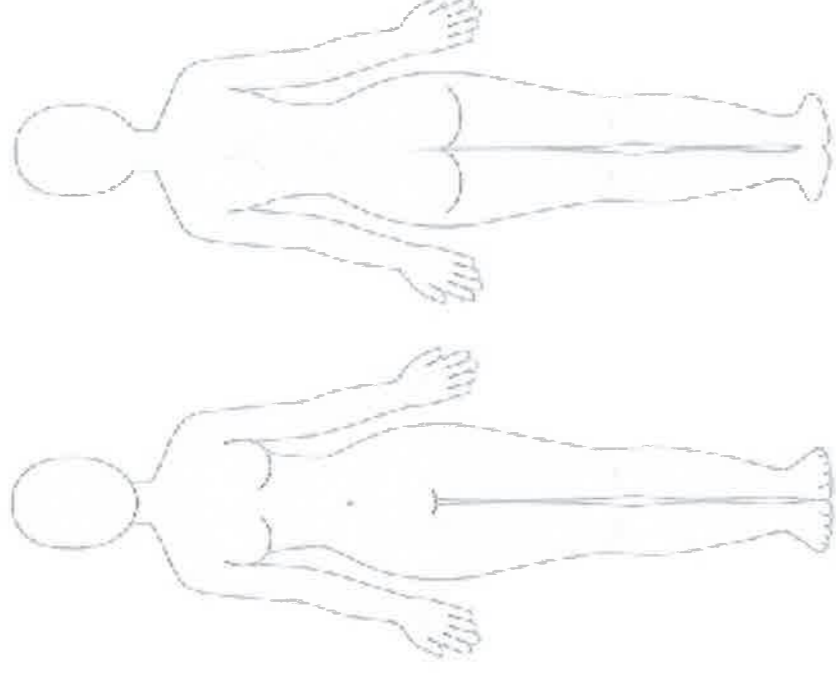
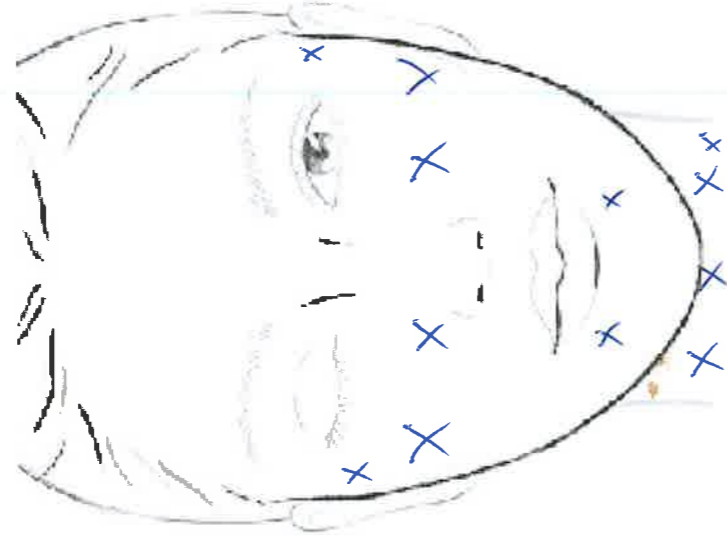
الاسم و التوقيع

.....
.....

التاريخ

..... / /

Patient's Name: اسم المريض: **AKI HASSAN**
 File Number: رقم الملف: **1002135**
 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 | 15/05/19. | 14/6/19 | 17/07/19. | | | |
| Treatment Area | Beard+neck (coarse) | Beard+Neck | Same | | | |
| Hair Type | ND YAG | MIDASE | Medium | | | |
| Mode | 16J/18ms | ND YAG (20) | ND YAG | | | |
| Fluence | | 16/18 ms | 16/16.5ms | | | |
| Pulse Type | | | | | | |
| CNT Pulse | | | | | | |
| Passes | 1 | 1 | 1 | | | |
| Starting Time | 1:40 pm | 4 pm | 2:40 pm | | | |
| Finish Time | 1:50 pm | 4:15 pm | 2:55 pm | | | |
| Post Treatment | | | HIRUBID | | | |

from

Therapist Name and Signature

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO

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 | Ali, Hassan, Mohamad, Abdallah | IDN: | 784199192063263 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | علي حسن محمد عبدالله | Card Number: | 082756982 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | COM | Family ID: | |
| Title (Ar): | | Nationality (Ar): | جزر القمر | | |
| Issue Date: | 29/03/2017 | Sex: | M | Sponsor Type: | 08 |
| Expiry Date: | 27/03/2020 | Date of Birth: | 18/06/1991 | Sponsor Name: | هيئة الطرق والمواصلات - القارقه |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 00 |
| Residency Type: | 03 | Residency Number: | 301201130009578 | Residency Expiry: | 27/03/2020 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 02 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

5/15/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003685)

Date:15-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002135 - ALI HASAN - 971501277220

The sum of Dhs. **Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **472.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 15-05-2019

Being **3 SESSION BEARD LINE + NECK + 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 : 1002135 - ALI HASAN - 971501277220

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