



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

وجهة... ابتسامة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

File No:

Date: ١٦ / ٦ / ٢٠١٩

Date: ١٦ / ٦ / ٢٠١٩

File Number: ١٥٩٢٢٢٥٤

Patient Name: **Mohammad Alderbas** محمد علي محمد الديرباس

Date Of Birth (تاريخ الميلاد) ١٩٩٢ / ١٠ / ٢٥ Gender (الجنس) M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية) Single

Nationality (الجنسية) Saudi Nationality (الوطنية) Occupation (الوظيفة) Engineer

Address (العنوان) **Amh. Fateh 1992 @ giza** Phone No. (رقم الهاتف) ٠٥٥٢٢٢٧٠٠٤٩٩

E-MAIL: **amh.fateh.1992@gmail.com** How did you know about us: **Net**

التاريخ الطبي Medical History	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	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؟	نعم
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 (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 أمراض بولية أو تناسلية؟	لا
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانيين 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 HIV, HSV, etc...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc...etc	لا

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

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، أحوال 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

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO'

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	Mohamad Fatch,Abdulrazzaq,,,Alderbas	IDN:	784199273618704	Mother Name:	
Name (Ar)	محمد فتح عبدالرزاق,,, الدريش	Card Number:	087639867	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	12/02/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	27/01/2020	Date of Birth:	25/06/1992	Sponsor Name:	مكتب السياحة و السفر
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120152707265	Residency Expiry:	27/01/2020
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

6/1/2019



precisely Kindly Answer the following questions

ما هي الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟

How do you better describe your skin Type

Always Burned , little tanned

Always Burned, Never Tanned

Little Burned, Always Tanned

Rarely Burned, Always Tanned

Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No

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

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

Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydrocuenon on Site? Yes/No

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

Did you get exposed to sun or got tanned lately?

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

Do you Have any tattoos on site? Yes / No

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

What products you are using for your skin recently?

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

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 v-v-tation 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 **محمد الدرناك** مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المشفوق.

و أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. و أتفهم أن 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 أنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و أنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- التشمير 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 الأكيوتان 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 الحضور البثرة بما يشب المروحة. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشنجات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي 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 أتيح لي الفرصة للإستشارة و توجيه الإستشارة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و أوصحت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

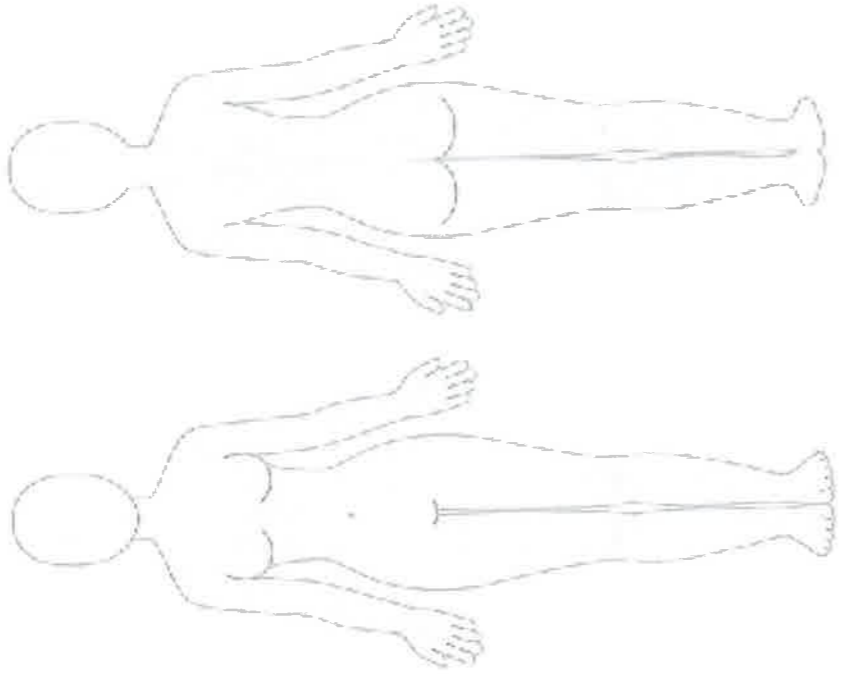
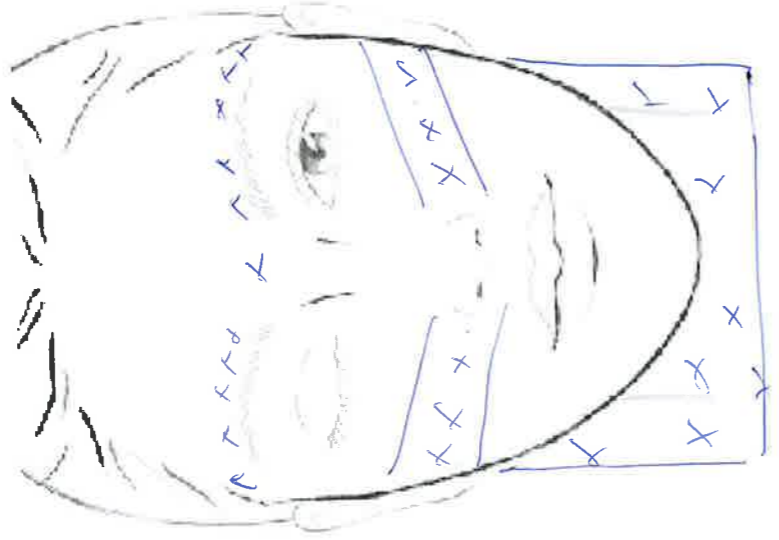
..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

اسم المريض: Mohammed
 Patient's Name:
 رقم الملف: 1002254
 File Number:
 تقييم و تم الانتهاء من الموافقة؟ نعم / لا
 Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	16/19	25/07/19	19/10/19			
Treatment Area	Beard Neck, eyebrows, Stuck 10aele.	eyebrows Same Medium.	Game. Med/Deak.			
Hair Type	no jag	NDYAG	NDYAG			
Mode	18/22.	14J/20ms.	14J/18ms.			
Fluence						
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1	1	1			
Starting Time	3pm	4:15pm				
Finish Time	3:15pm	4:30pm	9pm			
Post Treatment	Front	FUCICORT - HIRUDOID				

Therapist Name and Signature
Raya



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003898)

Date: 01-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002254 - MOHAMMED 00. - 971522700499

The sum of Dhs. Two Hundred Sixty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 262.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 01-06-2019

Being BEARD LINE + NECK + UP EYEBROW + 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 : 1002254 - MOHAMMED 00. - 971522700499

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

www.omc1.ae



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004498)

Date: 25-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002254 - MOHAMMED ALDERBAS - 971522700499**

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: **25-07-2019**

Being **BEARD LINE + NECK + UP EYEBROW + 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 : **1002254 - MOHAMMED ALDERBAS - 971522700499**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005591)

Date:19-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002254 - MOHAMMED ALDERBAS - 971522700499

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **210.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Date: 19-10-2019

Cheque No.

Being **BEARD LINE + NECK (HR) + 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 : 1002254 - MOHAMMED ALDERBAS - 971522700499

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