



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002265

Date: 2/6/2019

Date: 2/6/2019 File Number: 1002265
Patient Name: Tawfik Ajam اسم المريض: توفيق عجم
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 4/16/1988 Gender (الجنس): M / F ذكر Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single وحيد
Nationality (الجنسية): Syrian (الوظيفة): Engineer مهندس Phone No. (رقم الهاتف): 0506306815
Address (العنوان): Ezzahra How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم الذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	لا	
Cortisteroids/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	كحلية أنف الحماض وحموضة
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 مميوعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، 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 الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	لا	



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,152.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007281)

Date:26-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002265 - TAWFIQ 00. - 971506306815

The sum of Dhs. **Two Thousand One Hundred Fifty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **2,152.50**

Bank: Cheque No.

Date: 26-01-2020

Being **FSR + PRP FACE + 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 : 1002265 - TAWFIQ 00. - 971506306815

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



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 ترويدي 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 العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية 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 أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى 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 قدمته لي قضي الملف الصحية 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 بكامل ارادتي

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

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

التاريخ: ٢٠١٩ / ٥ / ١٨

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (مضية الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (مضط 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 ، ايدال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

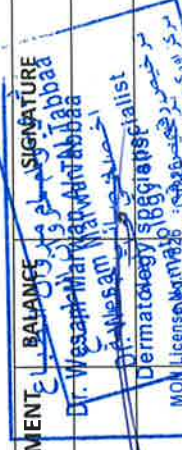


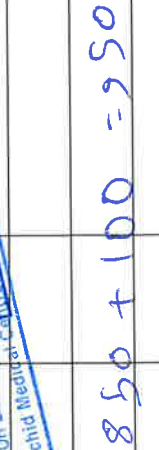


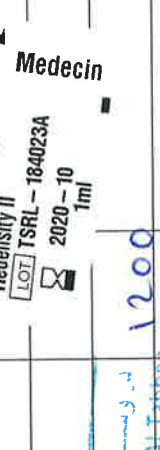




Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT / BALANCE	SIGNATURE
3-6-19	carbon laser	Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa	 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa اختصاصي علاج حب الشباب Dermatology specialist MOH License No: 1828 Orchid Medical Centre
14-07-19	carbon laser		 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa اختصاصي علاج حب الشباب Dermatology specialist MOH License No: 1828 Orchid Medical Centre
17-07-19	whiting mask		 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa اختصاصي علاج حب الشباب Dermatology specialist MOH License No: 1828 Orchid Medical Centre
23-09-19	carbon laser		 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa اختصاصي علاج حب الشباب Dermatology specialist MOH License No: 1828 Orchid Medical Centre
25/9/2019	PRP face dysport (0.6) P. Neostrot clarifin Hyalmoist B-complex	850 + 100 = 950	 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa اختصاصي علاج حب الشباب Dermatology specialist MOH License No: 1828 Orchid Medical Centre
22/1/2020	FRF PRP under eyes filler		 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa اختصاصي علاج حب الشباب Dermatology specialist MOH License No: 1828 Orchid Medical Centre
			 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa اختصاصي علاج حب الشباب Dermatology specialist MOH License No: 1828 Orchid Medical Centre
			 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa اختصاصي علاج حب الشباب Dermatology specialist MOH License No: 1828 Orchid Medical Centre
			 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa اختصاصي علاج حب الشباب Dermatology specialist MOH License No: 1828 Orchid Medical Centre
			 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa اختصاصي علاج حب الشباب Dermatology specialist MOH License No: 1828 Orchid Medical Centre
			 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa اختصاصي علاج حب الشباب Dermatology specialist MOH License No: 1828 Orchid Medical Centre

Teoyal PureSense
 Redensity II
 LOT TSRL - 184023A
 2020 - 10
 1ml
 Medecin

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
 اختصاصي علاج حب الشباب
 Dermatology specialist
 MOH License No: 1828
 Orchid Medical Centre

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	Tawfik, M Nabil, Ajam	IDN:	784198205172145	Mother Name:	
Name (Ar)	توفيق محمد نبيل, عجم	Card Number:	094275082	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	25/04/2019	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	21/04/2021	Date of Birth:	04/10/1982	Sponsor Name:	الخطوط التجارية الخضراء والفراكة
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120192288349	Residency Expiry:	21/04/2021
ID Type:	IL	Occupation:	1233	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

6/2/2019



precisely Kindly Answer the following questions

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جيرة؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوترينونين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydrocuenon on Site?Yes/ No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدريكوينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately?	هل قمت بقاء آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?.....	ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حاليا؟.....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	لسيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / 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.

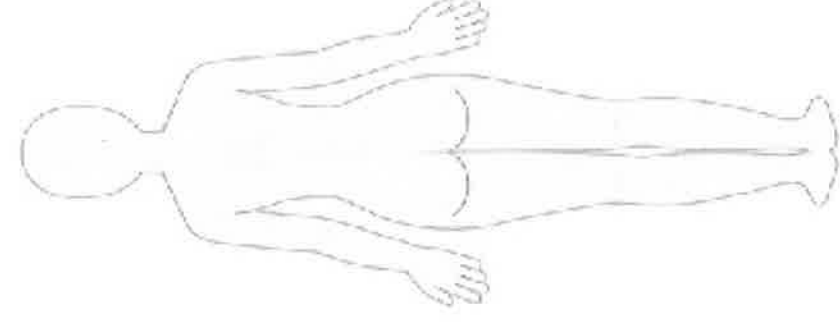
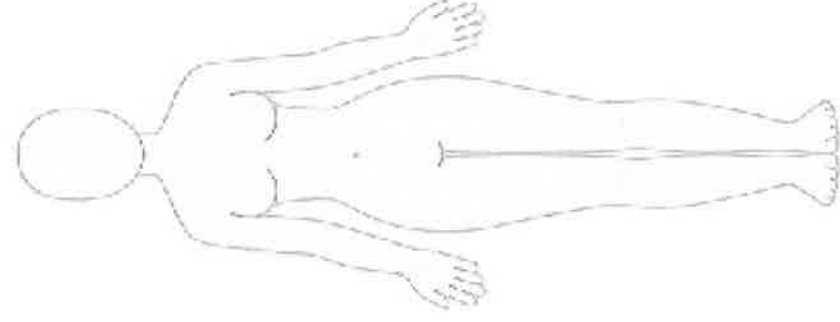
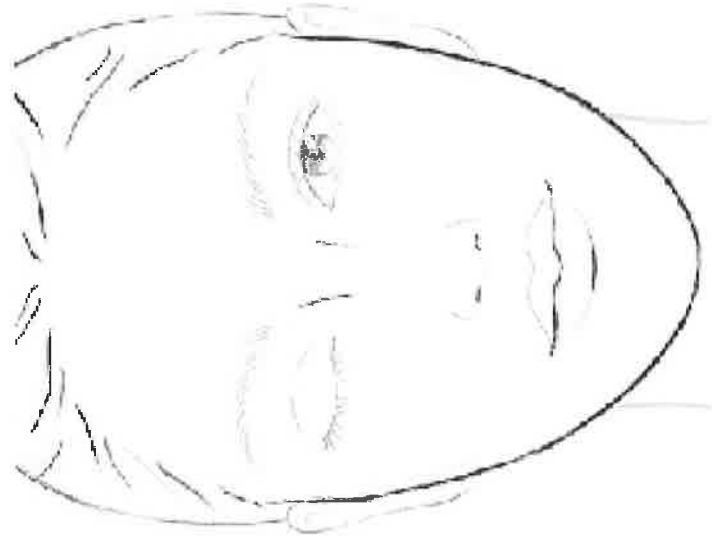
Side Effect
side effects may include burning like redness. and it's possible to see some swelling or cracks. these side effects will fade away few hours to few days after treatment. hypo/hyperpigmentation is not common and it rarely last. it's advisable to avoid sun exposure. and to use sun protections.
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.

أقر أنا بقدمي الى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المقنن. وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. وأتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع العلاج. و اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك و الكريمات و إزالة الشعر بالشع و اني اختارت 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 بالشع أو التفتك قبل العلاج ب 6 أسابيع 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 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 ستتلاشى خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
أقر أنه قد أتحدث لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى الصالحي المختص و اني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و اني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع
التاريخ
Date
.../.../.....

Patient's Name::اسم المريض.....
File Number::رقم الملف.....
Pain Relief given? Yes / No:تخفيف الألم؟ نعم / لا

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						
Treatment Area						
Hair Type						
Mode						
Fluence						
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes						
Starting Time						
Finish Time						
Post Treatment						

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-003932

RECEIPT VOUCHER

AED 4,517.50

Date: 02-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002265 - TAWFIQ 00. - 971506306815

The sum of Dhs. **Four Thousand Five Hundred Seventeen and Five Fils Only**By Cash **4,517.50** / 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:

ing 4517.5 Advance for 3 PRP 1650 + 3 CARBON 700 + 1 FSR 1500 + 1 WHITENING 500 + FREE LED MASK SESSION + VAT (DISCOUNT 50AED) + TIME CONTROL E/CONTUR 288.75 + PRC COLLAGENIUM 367.50 + MAD REDNESS RESCUE 142.80

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.aewww.omc1.ae

21/07/2019
02/07/2019

Hand from THE DISTRICT 17/10/2019

3 شارع 2424
TAX INVOICE
ORCHID PHARMACY
 Alkhan Palace Building, Alkhan, Shadiah,
 TEL : 06-5589337
 TRN : 100239590100003
 Cash Invoice

Bill No. 286-40
 Patient : OMC
 Doctor :
 Date: 09/07/2019

Particulars	Qty	Unit	VAT	Amf
TIME CONTROL	1.00	BOX	5.00	288.75
PRC				
COLLAGENUM	1.00	BOX	5.00	307.50
19999 PILLIS				
MAD KEDNESS				
RESCUE 300AT	1.00	BOX	5.00	142.80

Product Value	Less: Amt	
Total Before VAT		761.00
Taxable 5 %		0.05
Vat @ 5 %		760.95
TOTAL AED		760.95
Cash Amount		38.05
Total Sales		799.00
Net Sales		799.00
Cash Received		799.05
Change		0.05
DR JUNAID		799.00
		1000.00
		201.00
		16.23

Thank You And Get Well Soon

(Signature)

✓	16	MID MICRO-C 10	031	01-20	340/-	5%
✓	15	MID RET. G. GEL 20 gm (system)	101	01-21	130/-	5%
✓	14	MID EYE LIGHT GEL CAP-305	161	01-21	270/-	5%
✓	13	MID MICRO-C 20	131	01-21	460/-	5%
✓	12	EMERGENCY grade RPH 12.25M 041	041	02-20	100/-	5%
✓	11	TIME CONTROL E/CONFIR CR-15M 021	021	02-20	295/-	5%
✓	10	PRO EQUILIBRIUM (GOOD RT) 145	011	10-20	350/-	5%
✓	9	ANTICAGE MD SERUM-30M1	061	10-19	350/-	5%
✓	8	ANTICAGE HOME HAIR SYSTEM KIT	031	-	1200/-	5%
✓	7	PHACODERM MAX 40ml. 50F 100	031	07-15	122/-	5%
✓	6	AVENE PHYSIOLIFT MHT CRM 30M	011	12-15	260/-	5%
✓	5	MAD REDNESS RESCUE 30M 1	011	16-20	130/-	5%
✓	4	MAD EVERYDAY R TONER 200ml 5	011	04-21	135/-	5%
✓	3	MAD DELICATE SKIN GEL 200ml 5	011	10-25	135/-	5%
✓	2	MAD M/R (LEAD GEL 200ml)	011	16-21	145/-	5%

Report
 and sales need to
 enter in phony

28648
 28648
 28648

100/-

TAX INVOICE
 ORCHID PHARMACY
 Al Khan Palace Building, Al Khan, Sharjah.
 TEL: 06 5559337
 TRN: 1002392590100003
 Cash Invoice
 Bill No. 28640
 Date: 07/07/2019
 Patient: OAG
 Mobile:
 Particulars Qty Unit VAT Amt
 TABLET CONTROL 1.00 BOX 3.00 288
 CR-15M
 PRG: 1.00 BOX 5.00 307.50
 GOLD WASH M 1.00 BOX 5.00 307.50
 1000 BTL 15 1.00 BTL 15 15
 1000 BTL 15 1.00 BTL 15 15
 MANDIBLES 1.00 BOX 5.00 112.80
 RES ET ROOM
 Product Value 761.00
 Dis 0.05
 Total Before VAT 760.95
 Taxable 5% 760.95
 Value 5% 38.05
 TOTAL AFD 799.00
 Cash Amount 799.00
 Total Sales 799.05
 Total Discount 0.05
 Net Sales 799.00
 Cash Received 1000.00
 Change 201.00
 DR (MAM)
 16:23
 Thank you and see you Well Soon

QTY	UNIT	VAT	AMT	DATE	DESCRIPTION
03L		5%	340/-	01-20	
18L		5%	290/-	01-21	HT GEL CR-305
17L		5%	460/-	01-21	ORONE REPAIR CR-25M
04L		5%	100/-	02-20	
02L		5%	295/-		E/CONTROL CR-15M
01L		5%	350/-	10-20	NIVM 10000 BTL 145
09L		5%	750/-	10-19	MD ACCELERATOR - 30M
06L		5%	750/-		D SERUM - 30M
03L		5%	1200/-		HOME HAIR SYSTEM KIT
03L		5%	122/-	07-19	MAX 200ml/200ml/200ml
01L		5%	260/-	12-19	VISION HT CRM 30M
01L		5%	1361/-	06-20	LESS RESCUE 304m L
01L		5%	1357/-	04-21	ZYDAY R TOWER 200ml L
01L		5%	1357/-	10-20	ICATIE SKIN C/GEL 200ml L
01L		5%	1497/-	06-21	CLEAV GEL 200ml

Return amount to
 and sales in Pharmacy
 761
 1 pc loss

1 pc loss
 1 pc loss
 1 pc loss

Item in this (Name)

17

MAD A-AGE GLYCOLIC TONER 200ml ✓

03-21

1457 =

MRP

5%

18

AENE GENTLE TONER 200ml ✓

01-20

1261 =

-

19

AENE TRIRA-EMUL CRM 200ml ✓

03-20

1451 =

-

Part

Var /

ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: 25/9/2019

أنا السيد/السيدة Fawziya Aly أؤكد بأنه تم شرح لنا كيفية العلاج باستخدام البوتكس وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه كحال جميع الادوية البوتكس قد يحتوي على آثار جانبية. هذه الردود العكسية قد تكون متعلقة بالعلاج، إما بسبب المنتج أو الفرد، لكن بشكل عام هذه المضاعفات قد تحدث في الأيام الأولى التي تتبع يوم الحقن وتكون بشكل مؤقت. معظم الحالات التي تم تسجيلها تكون بدرجة معتدلة إلى خفيفة. كما هو متوقعة بعد الحقن سوف يكون هناك شعور بالألم وحرق وتيبس وتورم ووزراق.

من الآثار الجانبية الشائعة التي من الممكن حدوثها: صداع، زغللة، احمرار، تراخي بعضلات الوجه وألم في الوجه.

من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، تنميل، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاه، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالمعضلات، أعراض الانفلونزا، ضعف وحرارة.

الآثار الجانبية التالية قد تكون نادرة: حكة، طفح جلدي، قشعريرة، أنواع مختلفة من الطفح الجلدي الأحمر، حساسية قوية (تورم وتحديدا في الوجه والمجرى الهوائي مما يسبب صعوبة بالتنفس)، هبوط الحاجب أو الجفن، سماع طنين بالأذن وقلة السمع، حساسية في صعوبة البلع والتنفس والكلام.

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 4 إلى 6 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح. إنني أفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا أفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور أو الوصف المرفق

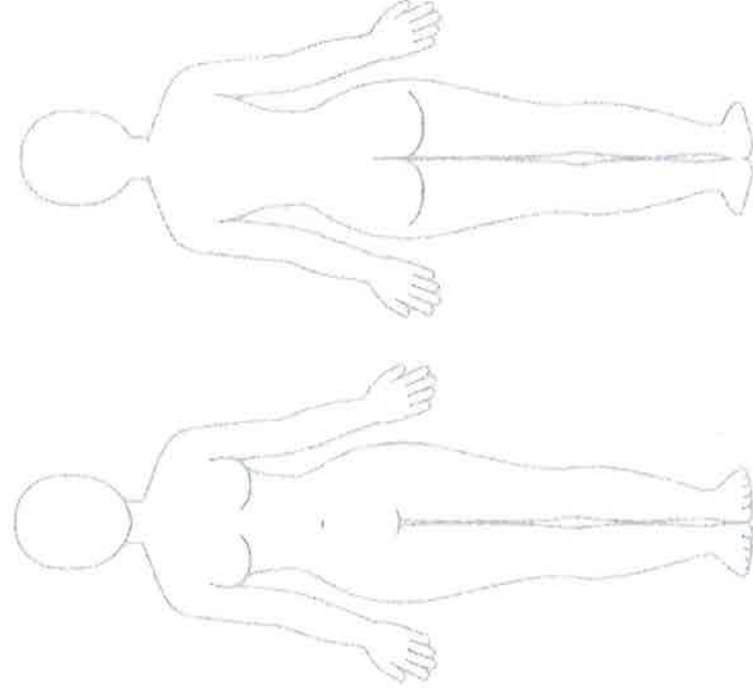
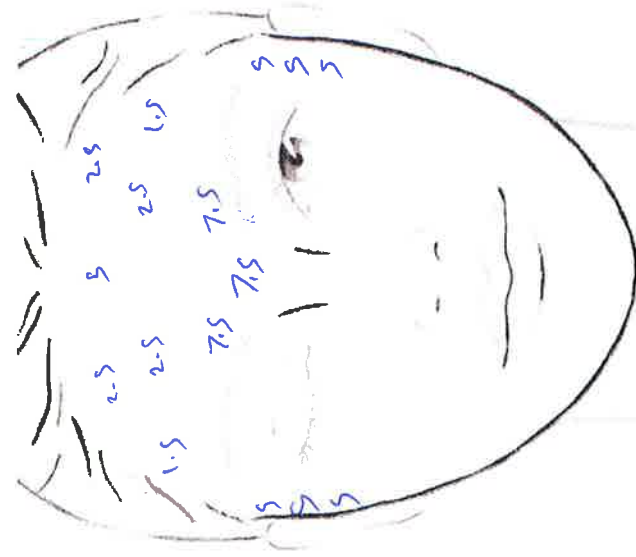
نعم
لا

التوقيع: _____

اسم المريض: نور هيفى كحج

التوقيع: Dr. Waleed AM

اسم المعالج: Dr. Waleed AM



Filler Injection Log

Session	Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1					
Session 2					
Session 3					
Session 4					
Session 5					

Botox Injection Log

Session	Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

Doctor's Name and Signature

.....

PPP Treatment Consent Form: الصفائح الدموية البلازما باستخدام الصفائح الدموية

Description of Treatment

This treatment involves the collection of your blood (approximately 11 - 22 ml), then your blood is spun down using a centrifuge to separate out the plasma and platelet portion using the separator gel as a special filter. The PPP portion of your blood is then used at the point of care to re-energize your cells into rejuvenating themselves. The product is 100% your own blood by-product (autologous), if you have any questions please do not hesitate to ask your physician or nurse.

Side Effects

you will likely experience mild to moderate swelling of the treated area, this will last for about 12- 24 hours; ice or cold compresses can be applied to reduce swelling if required. You may notice a tingling sensation while the cells are being activated. In rare cases skin infection may occur, which is easily treated with an anti-biotic.

Contraindications

You should not have PPP treatment done if you have any of the following conditions: Skin conditions and diseases including: Facial cancer, existing or uncured. This includes SCC, BCC and melanoma, systemic cancer, chemotherapy, steroid therapy, dermatological diseases affecting the face (i.e. Porphyria), Blood disorders and platelet abnormalities, Anticoagulation therapy (i.e.: Warfarin) Platelet dysfunction syndrome, critical thrombocytopenia, hypofibrinogenaemia, haemodynamic instability, sepsis, chronic liver disease, Hepatitis or any acute or chronic infections. Aspirin, Anti-inflammatory such as Nurofen, Voltaren, Diclofenac, or Naproxen etc.? St Johns Wort, Garlic, Are you currently taking, or have you recently taken (within 14 days) Vitamin E, or Fish Oil supplements that could have a thinning effect on your blood.

In case of presence of any previously mentioned contraindications please mention it here

Or Ask the doctor if you are not sure or you have any questions.

Patient's Name and Signature:

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

وصف العلاج

يتضمن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية لخذ عينة من دم المريض تساري تقريبا (١١ - ٢٢) مل. ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام سائل فصل التقيح بشكل خاص. ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتغيير الخلايا و اعادة النضارة لها. هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض. اذا كان لديك اي اسئلة او استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص اوي من موظفي المركز.

الاعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف الى المتوسط في المنطقة المعالجة. و قد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة التورمة اذا تطلب الامر. من الممكن ان تشعر ببعض الحز الحثيف بينما يتم تشييد الخلايا. نادرا ما يصاحب العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام الخدمات الصحية.

موانع العلاج

لا يجب ان تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية: - الامراض الجلدية التي تتضمن سوطانات الوجه غير المعالجة كسوطانات الخلايا المرشقة و سوطانات الخلايا القلبية و سوطانات الخلايا الصيفية و السرطان الجهازى و العلاج الجراحي و العلاج بالستيرويدات و الامراض الجلدية التي تصيب الوجه (بخال البروفيرا). امراض الدم و النظم في الصفائح الدموية. علاج نخر الدم (بخال، الوراثيين) متلازمة غل الصفائح الدموية. نقص الحديد في عند الصفائح الدموية. نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار تدفق الدم. حالات التشنج السموي. امراض الكبد المزمنة. تناول الستيروين و مضادات الالتهاب كالتيرويدين و الستيروين و الستيرويدات و التاموكسيفين. او اذا كنت تتناول حاليا (بخال الازوية عشر عينا الماخرسنة) حركات غذائية مثل فيتامين E او زيت السمك الذي قد يؤدي الى ترقق الدم. في حالة وجود احد موانع العلاج التي سبق ذكرها يرجى مكالمة ذلك هذا

و اذا لم تكن متأكدًا او كانت لديك اي استفسارات اسأل الطبيب المختص

اسم المريض / التوقيع

توفيق عجم

التاريخ: ... / ... / ...

I understand that due to the natural variation in quality of Platelet rich plasma, results will vary between individuals. I understand that although I may see a change after my first treatment, I may require a series of up to 6 sessions to obtain my desired outcome. The procedure and side effects has been explained to me including alternative methods; as have the advantages and disadvantages. I am advised that though good results are expected, the possibility and nature of complications cannot be accurately anticipated and that, therefore, there can be no guarantee as expressed or implied either as to the success or other result of the treatment. I am aware that the PRP treatment is not permanent as natural degradation will occur over time.

I authorize Dr. from Orchid Medical Center, perform the injection of PRP (Platelet Rich Plasma) for rejuvenation. This consent form will be valid for up to 6 applications of PRP, after which time I may be asked to compete a new form. I state that I have read (or it has been read to me) and I understand this consent and I understand the information contained in it. I have had the opportunity to ask any questions about the treatment including risks or alternatives and acknowledge that all my questions about the procedure have been answered in a satisfactory manner and that all blanks were filled in prior to my signature and I had the right to refuse the treatment. **THIS CONSENT FORM IS VALID UNTIL ALL OR PART IS REVOKED BY ME IN WRITING. When completing the medical questionnaire, I have answered the personal medical history questions fully and to the best of my ability.**

Patient's Name and Signature:

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

أنتخبم أن نتائج هذا العلاج قد تتفاوت من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية.
و أنتخبم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من بعد جلسة العلاج الأولى قد أحتاج حتى ٦ جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

أقر بأن هذا الإجراء الطبي وإثاره الجانبية و بدائله الممكنة و منافعه و مضاره قد شرحت لي بشكل كامل.
و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع الضاعفات و طبيعتها بدقة. وبالتالي، لا توجد أي ضمانات واضحة أو ضمنية لنجاح هذا العلاج أو أي نتائج أخرى.

أترك أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجها وإنما لأن التراجع الطبيعي سوف يحدث مع الوقت.

أفوض الدكتور من مركز أوركيد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لإعادة النضارة. و أن هذا الإقرار و التفويض سوف يكون صالحا حتى ل ٦ جلسات قادمة.
و أنني قد أحتاج لتوقيع إقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الإقرار بالكامل (أو قد تمت قراءته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و إنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الأخطار و الأعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له. و أن جميع أسئلتي قد أجيب بشكل كامل و وافٍ و أن جميع الأجابات التي حسمتها في الإقرار و جميع العائانات تمت اجابتها و ملأها قبل توقيعني أدناه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

ان هذا الإقرار صالح بالكامل حتى أنني كاملا أو جزئيا و بخط اليد.

أقر أنني قد ملأ استمارة الاستئذنة الطبية و شرحت تاريخي الطبي بشكل كامل و بكامل ارايتي.

اسم المريض / التوقيع

توفيق عكيم

التاريخ: ... / ... / ...



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 997.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005206)

Date: 25-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002265 - TAWFIQ.00. - 971506306815

The sum of Dhs. **Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **997.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 25-09-2019

Being **BOTOX + 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 : 1002265 - TAWFIQ.00. - 971506306815

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,155.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007192)

Date:22-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002265 - TAWFIQ 00. - 971506306815**

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Fifty-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **1,155.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 22-01-2020

Being **1 INJECTION FILLER + VAT**

Made by Reem

- 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 : **1002265 - TAWFIQ 00. - 971506306815**

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