



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 3 / 6 / 2019

Date: ... / ... /

File Number: 1002273

Patient Name: MARIWA A.A.

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... /

Marital Status:(الحالة الاجتماعية): M / F

Nationality (الجنسية): EGYPT

Occupation (الوظيفة): Sales Representative

Address (العنوان): S.M.A. V.I.

Phone No. (رقم الهاتف): 0501353329

E-MAIL: Hana.Mo.Ry.006@icm.com.eg

How did you know about us: 0555202222

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

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: 21/6/2019
MARWA AD

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 تماما 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 الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الصلابة.
- 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 فحسي للملف صحيحة، و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بأكمل ارادتي

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

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

التاريخ: ... / ... /

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 الضغط):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

عمليات سابقة ، الجراحات المستشفية: Previous Surgeries, Hospitalization

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تدوية): 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
	1 year package + 4900 + vest = 5145			
	1st session "2072" 2nd session "2072"			
3/6/2019	Advice Payment	1000		
13/06/19	hHR FULL BODY (VIKINI)			
10/7/19	hHR full body (VIKINI)			
24/8/19	hHR full body (VIKINI)			
24/8/2019	Plan: Facial P. Acnetin 0.05 Bioderma sebim clean for moist C&V lip	Con = 200		
22/11/19	hHR full body VIKINI Carbon Laser			
18.02.2020	Carbon Laser			
	hHR full body pkg (DeKay)			

Dr. Wesam Marwan Al-Tabbaa
 Dermatology Specialist
 MOH License No. V826
 Orchid Medical Centre

Dr. Wesam Marwan Al-Tabbaa
 Dermatology Specialist
 MOH License No. V826
 Orchid Medical Centre

Dr. Wesam Marwan Al-Tabbaa
 Dermatology Specialist
 MOH License No. V826
 Orchid Medical Centre



precisely Kindly Answer the following questions 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"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا البسيط 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 الاكيتان/ الايسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydrocquenon on Site?Yes / No	هل استخدمت ريتين اي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون 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? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلاطات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	ماهي المنتجات التي تستخدمها لشفرك حاليا؟
What products you are using for your skin recently?	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	لسيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا
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 I know all variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all a 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 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 طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إنهاء الشعر. وأتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المتابع قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالخلق و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 6-8 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشع 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 المسامسة و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى قد أحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية استمرار البثرة بما يشبه الحروق و من الممكن حدوث بعض التورم و الطفشات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. تقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تنوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتحت لي الفرصة للاستشارة و توجيه الأسئلة الى المتابع المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ

... / ... /

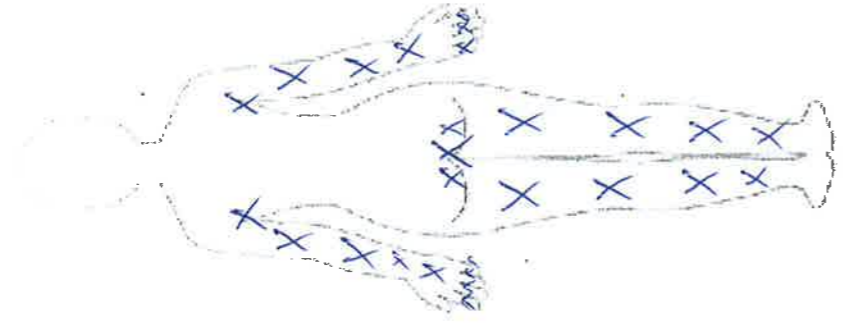
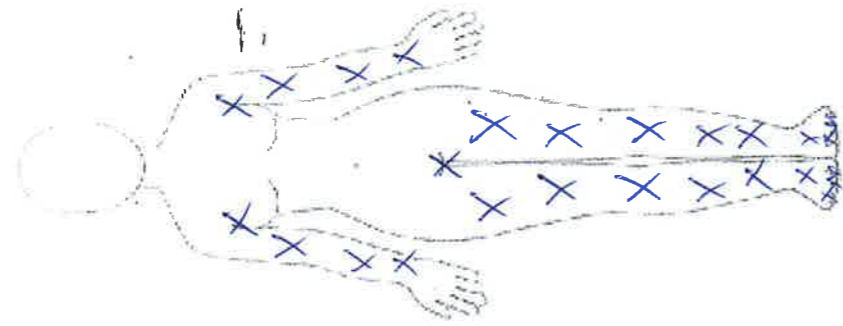
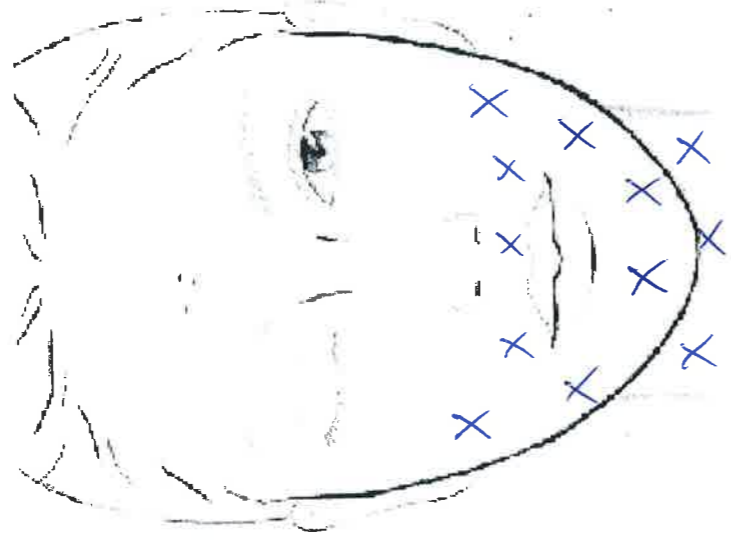
اسم المريض: **Maawa Ali**

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	13/06/19	10/7/19	24/8/19	29/10/19	22/11/19	7/3/20
Treatment Area	Full Body	Full Body	Full Body	Full Body	Full Body	Full Body
Hair Type	Dark/Coarse	Dark ThicK	Dark ThicK	Dark/ThicK	Dark/ThicK	Dark/ThicK
Mode	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP
Fluence	20-22J/SHORT	22J	20/SH	20-24/SH	22/SH	20
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	2	2	2	2	2	1
Starting Time	4:45 pm	7 pm	4:30 pm	2:30 pm	2:30 pm	1:00 pm
Finish Time	6:35 pm		5:10 pm	4 pm	4:40 pm	3:00 pm
Post Treatment	HIRUDOID		Cope	Day	Day	Day

Therapist Name and Signature

REDAD DATA

cAFAIOEBAA83ODQXO*

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	Marwa, Ali, Said, Mohamed, Abdelmoneim	IDN:	784198551369824	Mother Name:	
Name (Ar)	مروى علي سعيد محمد عبدالمونيم	Card Number:	088695679	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	19/04/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	18/04/2020	Date of Birth:	10/09/1985	Sponsor Name:	دار الصرح الوصله القاريه
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120182133892	Residency Expiry:	18/04/2020
ID Type:	IL	Occupation:	3415	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

6/3/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-003941

RECEIPT VOUCHER

AED 1,000.00

Date: 03-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002273 - MARWA ALI - 971501353329

The sum of Dhs. **One Thousand Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,000.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

E.g advance for 4900 Laser year package +vat - Remaining Payment Plan 2072 on first session - 2072 second session.

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
www.omc1.ae



مركز أوركيدي الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,272.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-004040

Date: 13-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002273 - MARWA ALI - 971501353329

The sum of Dhs. Two Thousand Two Hundred Seventy Two Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,272.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Cheque No.

Date:

ing SECOND PAYMENT OF FULL BODY PKG 4900 + 200 SHAVING + 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

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006075

Date: 22-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002273 - MARWA ALI - 971555242222

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty Seven and Five Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **157.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **advance for facial + 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

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