



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002291

Date: / /

Date: 2022/06/08  
File Number: 1002291  
اسم المريض: محمد بن مشهور  
Patient Name: Al Mashhour  
الحالة الاجتماعية: (M / F) M  
Marital Status: (الحالة الاجتماعية)  
Date Of Birth: 1441 / 06 / 04  
Gender: (الجنس)  
Nationality: (الجنسية)  
Occupation: (الوظيفة)  
Address: (العنوان)  
Phone No: 0535025025  
Phone No: (رقم الهاتف)  
E-MAIL: AlMashhour@orchidmc.com  
How did you know about us: (كيف تعرفنا)

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؟	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 الدم؟	لا
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، 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 تعاني 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 هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HIV, HSV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	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 وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترديتي بالعلاج الأمثل والخدمة الأفضل.

أفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة والمطلوبة بحكم خبرته المهنية والعلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات والإجراءات الطبية أو التشخيصية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية والجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية قد تؤدي الى 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 والتاريخ الطبي الذي قدمته لي فتحتي للصف 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 بكامل ارادتي

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

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

التاريخ: 2018 / 11 / 10

## استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

### المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دم فصيلة الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم 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 ، ايدخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظمي العقاقير): Y / N

### الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

447/2020 PRP+BiOil hair  
 - Gracilaria - MINOXIDIL 2%  
 - M. GLORIOSA - DERMOVASTO  
 Next month

د. بشار علي ديب  
 Dr. Bashar Alidib  
 أخصائي - أمراض جلدية  
 Specialist - Dermatology  
 ترخيص رقم: D59826  
 MOH License No.: D59826  
 مركز أوركيد الطبي  
 Orchid Medical Centre

Doctor's Signature and Stamp

.....





PATIENT NAME: Wala

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
8/6/19	LHR Full face Deka. Remaining 2 session	د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
8/7/19	LHR full face (Deka)	د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
27.07.19	Lightning Peel	د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
7/8/19	LHR full face (Deka)	د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
31/8/2019	open pores - ACNE scars Dark around eyes Done, PRP face ① next app: 28/9	د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
12/9/19	LHR - Full face (Deka)	د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
5/10/2019	PRP face ② advice mesotherapy next app: 6/11: PRP	د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
24/10/19	LHR full face (Deka)	د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
16/10/19	LHR - face (Deka)	د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
14-3-2020	Composit filling 150	د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa		د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa

150

DATE



precisely Kindly Answer the following questions

\*يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type <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	ما هو الوصف الأنسب لفرع بشرتك؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الأسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عدمية الأسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الأسمرار <input checked="" type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الأسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No No	هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No No	هل ظهر لديك حلاً بسيطاً أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes/ No No	هل تناولت عقار الأكيتران/ الـ إيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No No	هل قمت بنقف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال الـ 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No No	هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحمامة تسمير؟ هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No No	هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No No	هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently? .....	ماهي المنتجات التي تستخدمونها / تستخدمها لبشرتك حالياً؟ .....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No No	هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No No	السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No No	هل قمت سابقاً 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.

Name and Signature

الإسم و التوقيع  
.....

Date

التاريخ

.../.../.....

2025/1/18

أقر أنا ..... بقومي الى مركز أوركيد الطبي/ العارفة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.

و أتفهم 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. و أتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اتباع التعليمات الأخصاص للعلاج. و إني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إني اختبرت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع 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 كاملاً و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيتران خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من

التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

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

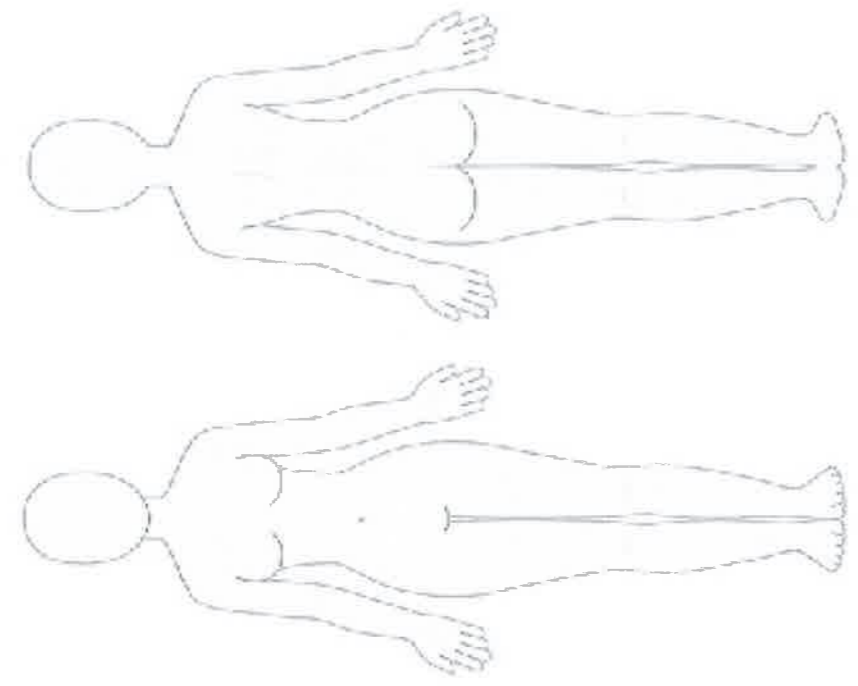
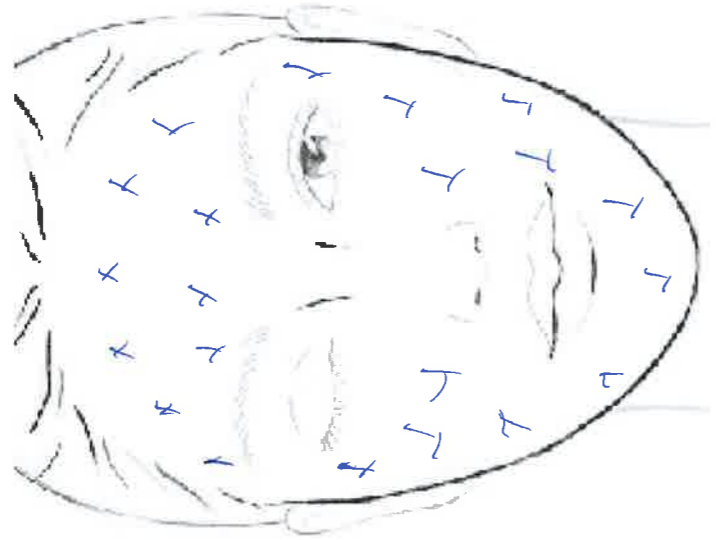
الأعراض الجانبية

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 الى 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 أتذمت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قرأته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلغي السن القانوني.

.....

Patient's Name: Wataa Mashoor اسم المريض  
 File Number: 1002291 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	8/6/19	8/7/19	6/8/19	12/09/19	24/10/19	16/11/19
Treatment Area	Full face	Full face	full face	Same	Same	Same
Hair Type	M/Dark	M/Dark	M/D	Medium	thin	Medi-
Mode	Alex	Alex	Alex	ALEX	Alex	SoH/Dark
Fluence	7/12ms	8/12ms	8/12	8/11.5ms	spont-16	Alex:16
Pulse Type					9/13	10J/12ms
CNT Pulse						
Passes	1	1	1	1	1	1
Starting Time	8:20pm	6:30pm	6:30pm	5:10pm	4:15pm	7:20pm
Finish Time	8:40pm			5:20pm	4:35pm	
Post Treatment	Freeze Ice	Freeze Ice	Freeze Ice	Freeze Ice	Freeze Ice	Freeze Ice

Therapist Name and Signature .....









مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 472.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003986)

Date: 08-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002291 - WALAA ALMISHHOOR - 971508528980

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

By Cash 472.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 08-06-2019

Being 3 SESSION FULL 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 : 1002291 - WALAA ALMISHHOOR - 971508528980

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004531)

Date: 28-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002291 - WALAA ALMSHHOOR - 971586938283

The sum of Dhs. Five Hundred Twenty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 525.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 28-07-2019

Being YELLOW MASK + 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 : 1002291 - WALAA ALMSHHOOR - 971586938283

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)

## ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: \_\_\_\_\_  
أنا السيد/السيدة \_\_\_\_\_ أؤكد بأنه تم شرح لنا كيفية العلاج باستخدام البوتكس وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه كحال جميع الأدوية 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، تمييل، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاء، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالعضلات، 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 وقلّة السمع، حساسية في صعوبة البلع والتنفس والكلام.

لقد تم إيلاغي 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 أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا أتفهم 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 او الوصف المرفق

نعم لا

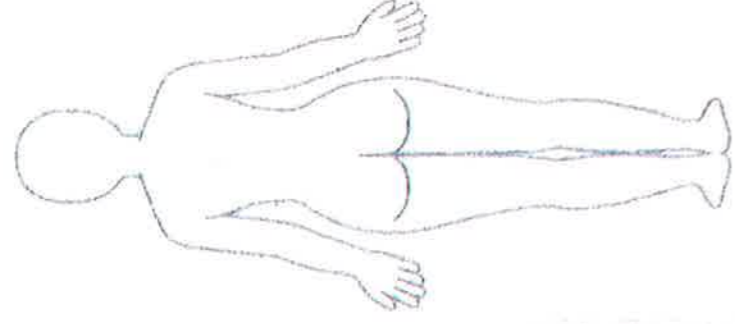
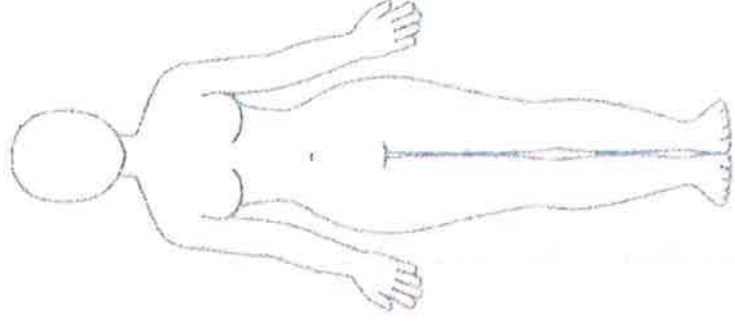
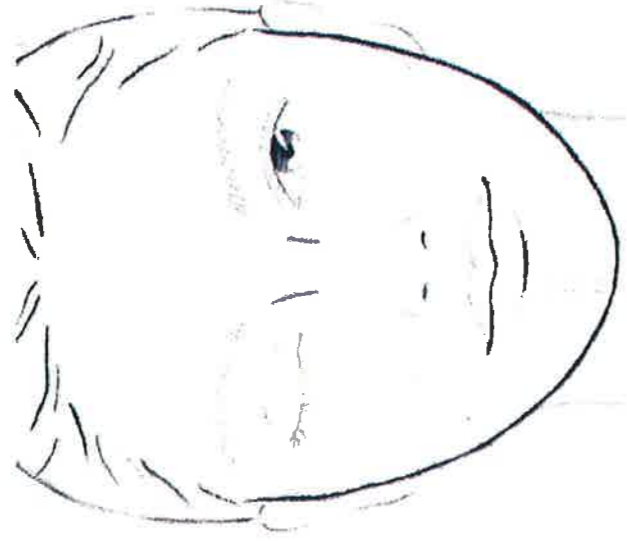
التوقيع:



التوقيع:

اسم المريض: ولاء محمد

اسم المعالج: \_\_\_\_\_



**Filler Injection Log**

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

**Botox Injection Log**

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

Doctor's Name and Signature

.....



ورقة موافقة على علاج الميزوثيرابي

التاريخ: \_\_\_\_\_

أنا السيد/السيدة \_\_\_\_\_ أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الميزوثيرابي و كل التفاصيل المتعلقة به، والغاية من الاستخدام و على ما يحتويه.

لقد تم إبلاغي تحديدا عن ما يلي:

سوف يظهر بعد العلاج بعض من ردود الفعل أو علامات من الشائع حدوثها و التي تشمل على: احمرار، تورم، شعور بالحك و الألم و سوف تكون المنطقة المحقونة طرية نوعا ما. بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة و سوف تختفي و سوف تلقاء نفسها بعد عدة أيام بعد الحقن.

يوجد بعض من ردود الفعل أو العلامات النادر حدوثها و هي: قد يتحسس البعض في المنطقة المحقونة بعد يوم أو يومين من يوم الجلسة. ذلك التحسس قد يحتوي على تورم و احمرار و من النادر ظهور بعض الحبوب. هذه العلامات من المحتمل ان تظهر بعد عدة أيام من جلسة الحقن بشكل معتدل الى خفيف و ستختفي بعد 5 الى 7 أيام كما ورد في تقارير سابقة.

لقد تم إبلاغي أيضا بأنه اعتمادا على المنطقة المراد حقنها و نوع البشرة و درجة المشكلة التي تعاني منها بشرتي، سوف يتم تحديده عدة جلسات (تقريبا من 4 الى 8 جلسات). المتابعة و المراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج و التصحيح.

إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا اتفهم 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 المريضة: سحر

التوقيع: \_\_\_\_\_

اسم المعالج: \_\_\_\_\_

PPRP Treatment Consent Form بالصفائح الدموية بالليزرما الطبية بالصفائح 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 PRP 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 PRP 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, Votaren, 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:

ولاء محمد  
Signature

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

التاريخ: ... / ... / ...

وصف العلاج

يتضمن العلاج باستئصال البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ 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 فاصل للتفتيح بشكل خاص. ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و إعادة التئامها لها. هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض. إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

الإعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف الى المتوسط في منطقة المعالجة. وقد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة. ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة المبردة اذا تطلب الأمر. من الممكن أن تشعر ببعض الحزب الخفيف بينما يتم تشييط الخلايا. نادرا ما يصاحب العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضادات الحيوية.

موانع العلاج

- لا يجب أن تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية:
  - الأمراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخلايا الحرشفية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغوية و السرطان الجهازى و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الأمراض الجلدية التي تسبب الوباء (مثال البروفيرا). أمراض الدم و الخلل في الصفائح الدموية. علاج تخثر الدم (مثال الوارفارين)
  - متلازمة خذل الصفائح الدموية. التشمس الحاد في عند الصفائح الدموية. نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار تدفق الدم. حالات التعفن الدموي. أمراض الكبد المزمنة. التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.
  - تناول الأسبرين و مضادات الالتهاب كالتايبوتين و الفيتارين و اليبكوفيناك و الباروكسين. أو مستحضرات الفم. أو اذا كنت تتناول حاليا (خلال الاربعة عشر يوما الماضية) مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي الى ترقق الدم. في حالة وجود أحد موانع العلاج الذي سبق ذكرها يرجى كتابة ذلك هنا





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: ... / ... / ....

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

أقر بأن هذا الإجراء الطبي و آثاره الجانبية و بدائه المحكة و منافعه و مضاره قد شرحت لي بشكل كامل.  
و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المخاعفات و طبيعتها بدقة. و بالتالي، لا توجد اي ضمانات واضحة أو ضمنية لنجاح هذا العلاج أو اي نتائج أخرى.  
أترك أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجاً دائماً لأن التراجع الطبيعي سيؤثر يحدث مع الوقت.

أفرض الدكتور..... من مركز أوركيد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لإعادة التضارة، و ان هذا الإقرار و التوقيع سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قائمة.  
و أنني قد أحتاج توقيع اقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الإقرار بالكامل (أو قد تمت قراءته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.  
و أنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الاخطار و الامراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له. و أن جميع أسئلتي قد أجيب بشكل كامل و وافي و أن جميع الاجابات التي ضمنتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملأها قبل توقيعني أدناه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

ان هذا الإقرار صالح بالكامل حتى الغيه كاملاً أو جزئياً و بخط اليد.

أقر أنني قد ملأت استمارة الاسئلة الطبية و شرحت تاريخي الطبي بشكل كامل و بكامل ارادتي.

اسم المريض / التوقيع و لاس موهي

التاريخ: ... / ... / ....



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004924)

Date:31-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002291 - WALAA ALMSHHOOR - 971586938283

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

By Cash 472.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 31-08-2019

Being 3 SESSIONS FULL FACE + 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 : 1002291 - WALAA ALMSHHOOR - 971586938283

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 945.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-009872

Date: 04-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002291 - WALAA ALMSHHOOR - 971586938283

The sum of Dhs. **Nine Hundred Fourty Five Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **945.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **advance for 3 sessions prp + biotin vat balance 945**

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

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e – mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 630.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-009873)

Date: 04-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002291 - WALAA ALMSHHOOR - 971586938283

The sum of Dhs. Six Hundred Thirty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 630.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-07-2020

Being 1 session prp + biotin + 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 : 1002291 - WALAA ALMSHHOOR - 971586938283

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,732.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004923)

Date:31-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002291 - WALAA ALMSHHOOR - 971586938283

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

By Cash 1,732.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 31-08-2019

Being 3 SESSIONS PRP FOR FACE + 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 : 1002291 - WALAA ALMSHHOOR - 971586938283

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)

550 - To be Transferred  
to any other Treatment: 150  
① Scaling Polishing 150  
Balance 400  
51-  
15/03/2020

Clinic File No.:  
Lab File No.:  
Lab No.:

**TEST REQUEST FORM**

Name: walaa  
DOB/Age: \_\_\_\_\_  
Gender:  Male  Female  
Nationality: \_\_\_\_\_  
Mob No.: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Report Send to: \_\_\_\_\_

Specimen Collection Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_  
Fasting  Yes  No  
Pregnancy  Yes  No  
Ref. Doctor: \_\_\_\_\_  
Ref. Clinic: \_\_\_\_\_  
Insurance Company: \_\_\_\_\_  
Insurance No.: \_\_\_\_\_

**Clinical Details :**

BIOCHEMISTRY	HORMONES	ALLERGY TESTING
<input type="checkbox"/> Albumin S	<input type="checkbox"/> 17-OH-Progesterone S	<input type="checkbox"/> Allergy (Food / Inhalant / Paediatric) S
<input type="checkbox"/> Aldosterone S	<input type="checkbox"/> ACTH S	<input type="checkbox"/> IgE S
<input type="checkbox"/> Alkaline Phosphatase S	<input type="checkbox"/> Anti-Tg Antibodies S	<b>PROFILES</b>
<input type="checkbox"/> ALT (SGPT) S	<input type="checkbox"/> Beta HCG S	<input type="checkbox"/> Anemia Profile I
<input type="checkbox"/> Amylase (Total / Pancreatic) S	<input type="checkbox"/> Cortisol (AM / PM / R) S	<input type="checkbox"/> Anemia Profile II
<input type="checkbox"/> AST (SGOT) S	<input type="checkbox"/> DHEA-S S	<input type="checkbox"/> Antenatal Screen Profile
<input type="checkbox"/> Bicarbonate (HCO3) S	<input type="checkbox"/> Estradiol (E2) S	<input type="checkbox"/> Diabetes Profile
<input type="checkbox"/> Bilirubin (Total / Direct / Indirect) S	<input type="checkbox"/> Estriol (E3) S	<input type="checkbox"/> Double Test Profile
<input type="checkbox"/> BNP S	<input type="checkbox"/> FSH S	<input type="checkbox"/> Fertility Profile- Female
<input type="checkbox"/> Calcium (Total / Ionized) S	<input type="checkbox"/> Growth Hormone S	<input type="checkbox"/> Fertility Profile- Male
<input type="checkbox"/> Chloride S	<input type="checkbox"/> Insulin (Fasting / PP/1hr/Random) S	<input type="checkbox"/> General Health Profile
<input type="checkbox"/> Cholesterol (HDL / LDL) S	<input type="checkbox"/> LH S	<input type="checkbox"/> Hepatitis B Full Profile
<input type="checkbox"/> Cholesterol, total S	<input type="checkbox"/> Parathyroid hormone (PTH) EP	<input type="checkbox"/> Hirsutism Profile I
<input type="checkbox"/> CK S	<input type="checkbox"/> Progesterone S	<input type="checkbox"/> Hirsutism Profile II
<input type="checkbox"/> CK-MB S	<input type="checkbox"/> Prolactin S	<input type="checkbox"/> Kidney Function Test
<input type="checkbox"/> Creatinine S	<input type="checkbox"/> SHBG S	<input type="checkbox"/> Lipid Profile I
<input type="checkbox"/> Creatinine Clearance 9-24U S	<input type="checkbox"/> T3 (Free / Total) S	<input type="checkbox"/> Lipid Profile II
<input type="checkbox"/> Ferritin S	<input type="checkbox"/> T4 (Free / Total) S	<input type="checkbox"/> Liver Function Test
<input type="checkbox"/> Folate (Folic Acid) S	<input type="checkbox"/> TBG S	<input type="checkbox"/> Menopausal Profile
<input type="checkbox"/> GGT S	<input type="checkbox"/> Testosterone (Free / Total) S	<input type="checkbox"/> Osteoporosis Profile
<input type="checkbox"/> Glucose (Fasting / Random / PP) NF	<input type="checkbox"/> Thyroglobulin (Tg) S	<input type="checkbox"/> Ovarian Function Profile
<input type="checkbox"/> Glucose tolerance test NF	<input type="checkbox"/> TSH S	<input type="checkbox"/> Primary Health Profile
<input type="checkbox"/> HbA1c E	<b>HAEMATATOLOGY</b>	<input type="checkbox"/> Prostate Profile
<input type="checkbox"/> Iron S	<input type="checkbox"/> APTT C	<input type="checkbox"/> Recurrent Abortion Profile
<input type="checkbox"/> LD (LDH) S	<input type="checkbox"/> Blood Group C	<input type="checkbox"/> Thyroid Profile I
<input type="checkbox"/> Magnesium S	<input type="checkbox"/> CBC E	<input type="checkbox"/> Thyroid Profile II
<input type="checkbox"/> Phosphorous S	<input type="checkbox"/> Coomb's Test (Direct / Indirect) E/S	<input type="checkbox"/> TORCH IgG Profile
<input type="checkbox"/> Potassium S	<input type="checkbox"/> D-Dimer C	<input type="checkbox"/> TORCH Ig M Profile
<input type="checkbox"/> Protein Electrophoresis S	<input type="checkbox"/> ESR E	<input type="checkbox"/> Triple Test Profile
<input type="checkbox"/> Protein Total S	<input type="checkbox"/> Fibrinogen C	<input type="checkbox"/> Others
<input type="checkbox"/> Sodium S	<input type="checkbox"/> G6PD E	
<input type="checkbox"/> TIBC S	<input type="checkbox"/> Hb. Electrophoresis E	
<input type="checkbox"/> Transferrin S	<input type="checkbox"/> Lupus Anticoagulants C	
<input type="checkbox"/> Triglyceride S	<input type="checkbox"/> Malaria Smear E	
<input type="checkbox"/> Troponin S	<input type="checkbox"/> Prepheral Blood Smear C	
<input type="checkbox"/> Urea S	<input type="checkbox"/> PT & INR C	
<input type="checkbox"/> Uric Acid S	<input type="checkbox"/> Reticulocytes E	
<input type="checkbox"/> Vitamin B12 S	<input type="checkbox"/> Rh. Antibody S	
<input type="checkbox"/> Vitamin D Total (D2+D3) S	<input type="checkbox"/> Sickle Cell E	
	<b>SEROLOGY &amp; VIROLOGY</b>	
<input type="checkbox"/> AFP S	<input type="checkbox"/> ASO S	
<input type="checkbox"/> Ca 125 S	<input type="checkbox"/> Anti-Sperm Antibodies S	
<input type="checkbox"/> CA 15-3 S	<input type="checkbox"/> Anti Transglutaminase IgA S	
<input type="checkbox"/> CA 19-9 S	<input type="checkbox"/> Brucella (IgG / IgM) S	
<input type="checkbox"/> CEA S	<input type="checkbox"/> Chlamydia Abs. (IgM / IgG) S	
<input type="checkbox"/> PSA (Free / Total) S	<input type="checkbox"/> Chlamydia Ag U/SW	
	<b>STOOL &amp; URINE</b>	
	<input type="checkbox"/> Occult Blood (Stool) ST	
	<input type="checkbox"/> Rotavirus (Stool) ST	
	<input type="checkbox"/> Stool Routine ST	
	<input type="checkbox"/> Urine Routine U	
	<b>SEMEN ANALYSIS</b>	
	<input type="checkbox"/> Semen CASA SE	
	<input type="checkbox"/> Semen Fructose SE	
	<input type="checkbox"/> Semen Routine SE	

SW - Swab      S-Serum      E - EDTA blood      U - Urine      C-Citrate Blood  
EP - EDTA Plasma      24U - 24 hrs Urine      NF - Sodium fluoride      Se - Semen      St - Stool / Faeces

Specimen Receiving Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM \_\_\_\_\_ PM

Flat 203, Union National Bank Bldg, Al Buhaira Cornish St., Al Majaz, P.O. Box 65238, Sharjah, U.A.E.  
Tel. +971 6 551 9916, Fax: +971 6 551 9917, E-mail: info@dhmlab.com, Website: www.dhmlab.com



PPRP Treatment Consent Form اللبازما الغنية بالصفائح الدموية بالاصطناع

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 PPRP 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 PPRP 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: .... / ... / .....

اسم المريض / التوقيع

\_\_\_\_\_

التاريخ: .... / ... / .....

\_\_\_\_\_

وصف العلاج

يتضمن العلاج باستئصال البلازما الغنية بالصفائح الدموية لخط صلبة من دم المريض تساوي تقريبا (١١ - ٢٢ مل). ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام سائل فاصل التفتيح بشكل خاص. ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و اعادة التصارة لها. هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض. اذا كان لديك اي اسئلة او استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص او اي من موظفي المركز.

الاعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف الى المتوسط في المنطقة المعالجة. وقد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة، ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة التورمة اذا تطلب الامر. من الممكن ان تشعر ببعض الوخز الخفيف بينما يتم تشخيص الخلايا. نادرا ما يصاحب العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضادات الحيوية.

موانع العلاج

لا يجب ان تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية: - الامراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخلايا الحرشفية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغرية و السرطان الجهازى و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الاورام الجلدية التي تسبب الوجه (مثل البروقريا)، امراض الدم و الخلل في الصفائح الدموية، علاج تشح الدم (مثل الورايميد) متلازمة خلل الصفائح الدموية، نقص الحديد في عدد الصفائح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار تدفق الدم، حالات التعفن الدموي، امراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة. تناول الاسبرين و مضادات الالتهاب كالتيفروفين و الفينارين و الستيرويدات و التابريكين و الستيرويدات القوية. أو اذا كنت تتناول حاليا (داخل الاربعة عشر يوما الماضي) مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي الى ترقق الدم. في حالة وجود احد موانع العلاج التي سبق تحريها يرجى كتابة ذلك هنا

و اذا لم تكن متأكدًا أو كانت لديك أي استفسارات اسأل الطبيب المختص،

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 complete 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: ... / ... / ...

أفهم أن نتائج هذا العلاج قد تختلف من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية.

وأفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من بعد جلسة العلاج الأولى قد أحتاج حتى ٦ جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

أقر بأن هذا الإجراء الطبي و آثاره الجانبية و بدائله الممكنة و منافعه و مضاره قد شرتحت لي بشكل كامل.

و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المعاسفات و طبيعتها بدقة. وبالتالي، لا توجد أي ضمانات واضحة أو ضمنية لنجاح هذا العلاج أو أي نتائج أخرى.

أفهم أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجاً دائماً لأن التراجع الطبيعي سوف يحدث مع الوقت.

أفوض الدكتور .....

من مركز أوركيد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لإعادة التضارة. و إن هذا الإقرار و التفويض سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قائمة.

و أنني قد أحتاج توقيع اقرار آخر بعد ذلك.

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

و أنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الأخطار و الأعراض الجانبية المتوقعة عليه و خيارات العلاج البديلة له.

و أن جميع أسئلتي قد أجيببت بشكل كامل و وافق و أن جميع الإجابات التي ضمنتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و علماً قبل توقيعني أناها و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

إن هذا الإقرار صالح بالكامل حتى أنني كاملاً أو جزئياً و بخط اليد.

أقر أنني قد ملأت استمارة الأسئلة الطبية و شرتحت تاريخي الطبي بشكل كامل و يكامل أرادتي.

اسم المريض / التوقيع

التاريخ: ... / ... / ...