



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

C.S

File No: 1002328

Date: / /

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

Date: 5/6/2019

File Number: 1002328

Patient Name: Aza Alamin

إسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1/1/75

Marital Status:(الحالة الاجتماعية): Married

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Sudan

Occupation (الوظيفة): .....

Address (العنوان): Sharjah - Mawakeh

Phone No. (رقم الهاتف): 0508625214

E-MAIL: AzaAlamin.75@gmail.com

How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
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 روماتيزم، 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 (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	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 أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني 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 HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الأيدز، فيروس الحلا البسيط etc	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: ... / ... / .....

### نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون ممسحة بالخصوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو القروح أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحي الملف الصحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ 15.16.2019

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 الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

عمليات سابقة ، ادخال المستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (دوائى): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

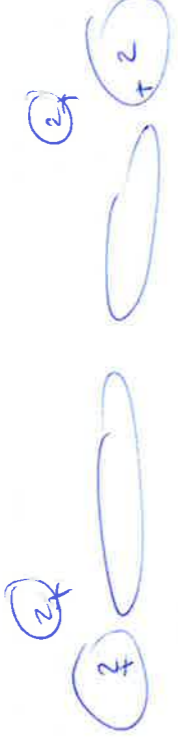
الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج



Doctor's Signature and Stamp

.....



**يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بشكل دقيق Kindly Answer the following Questions Precisely**

هل أنت حامل أو تقيمين بالأرض حالياً؟ نعم / لا	هل أنت حامل أو تقيمين بالأرض حالياً؟ نعم / لا
هل لديك أي حساسية؟ نعم / لا	هل لديك أي حساسية؟ نعم / لا
هل تتلقى أي علاجات حالياً؟ نعم / لا	هل تتلقى أي علاجات حالياً؟ نعم / لا
إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....	إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....
هل قمت سابقاً بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا	هل قمت سابقاً بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا
إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....	إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....
هل قمت سابقاً بأي علاج باستخدام البوتوكس أو الفيلر؟ نعم / لا	هل قمت سابقاً بأي علاج باستخدام البوتوكس أو الفيلر؟ نعم / لا
إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....	إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....
ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟.....	ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟.....
هل عانيت من أي أعراض جانبية بعد العلاج؟.....	هل عانيت من أي أعراض جانبية بعد العلاج؟.....
هل عانيت من أي أمراض مناعية؟ نعم / لا	هل عانيت من أي أمراض مناعية؟ نعم / لا
هل تعاني من أي التهابات أو أمراض جلدية؟ نعم / لا	هل تعاني من أي التهابات أو أمراض جلدية؟ نعم / لا
هل تتناول أيستيرويدات أو أسبيرين أو مسيلات للدم؟ نعم / لا	هل تتناول أيستيرويدات أو أسبيرين أو مسيلات للدم؟ نعم / لا
هل تعاني من أي حساسية خصوصاً تجاه حمض الهالورنيك أو التخدير الموضعي أو الليدوكين؟ نعم / لا	هل تعاني من أي حساسية خصوصاً تجاه حمض الهالورنيك أو التخدير الموضعي أو الليدوكين؟ نعم / لا
هل تعاني من تضخم الثدي؟ نعم / لا	هل تعاني من تضخم الثدي؟ نعم / لا
هل تعاني من أي مشاكل أو أمراض قلبية؟ نعم / لا	هل تعاني من أي مشاكل أو أمراض قلبية؟ نعم / لا
إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....	إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....

I hereby consent that I have come to orchid medical center for Treatment with Botox / Filler.

I understand this is an elective procedure and I hereby voluntarily consent to treatment with dermal fillers for facial rejuvenation, lip enhancement, establish proper lip and smile lines, and replacing facial volume, or remove any unwanted wrinkles around eyes and forehead. The procedure has been fully explained to me. I also understand that any treatment performed is between me and the doctor/healthcare provider who is treating me and I will direct all post-operative questions or concerns to the treating clinician. I have read the above and understand it. My questions have been answered satisfactorily. I accept the risks and complications of the procedure and I understand that no guarantees are implied as to the outcome of the procedure. I also certify that if I have any changes in my medical history I will notify the doctor/healthcare professional who treated me immediately.

Patient Name and Signature

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

أقر أنني قد حضرت إلى مركز أوركيد الطبي للحصول على العلاج باستخدام حقن البوتوكس والفيلر.

أفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري و أنني قد وقعت هذا الاقرار بإرادتي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر/ البوتوكس لإعادة التماسك للوجه وتحسين مظهر الشفاه وتغيير مظهرها أو إعادة تضاريس الوجه. أو إخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة وحول العين.

أقر أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل و أنني سوف أوجه جميع الأسئلة والاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد العلاج.

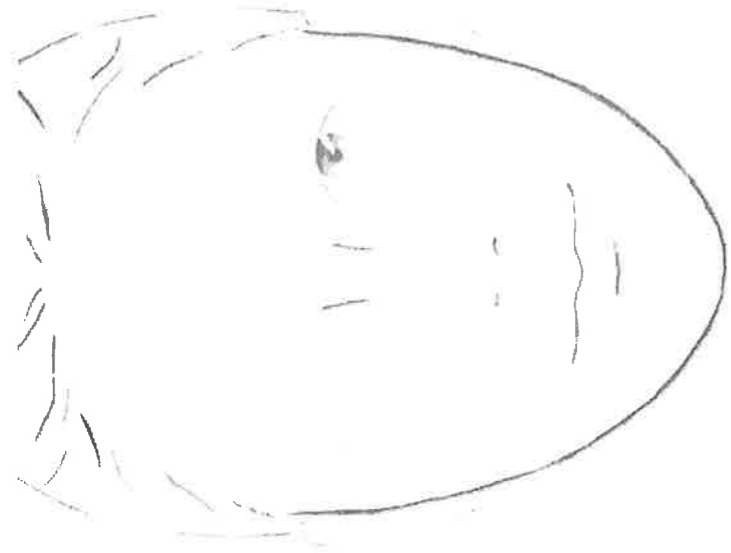
أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الأقرار والتقييم (أو تمت قراءته لي و أنا على علم محتثاً) و أن جميع أسئلتني واستفساراتي قد أجيبها بالكامل وبشكل مرضي،

أقر أنني على علم بكامل الأخطار والمضاعفات التي قد تنتج عن هذا العلاج و انهم ان لا ضمانات قد قدمت لي لنتائج هذا الإجراء الطبي.

و أشهد أنني قد أعطيت المعلومات في هذا النموذج بشكل كامل وصحيح و أنني اتحمل مسؤولية التبليغ في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

إسم المريض والتوقيع

التاريخ: ... / ... / .....



**Filler Injection Log**

Date      Filler Type      Area Treated      Right / MI      Left / MI

- 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

.....

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**

<b>Name</b>	Azza, Abdalla, Mustafa, Elamin	<b>IDN:</b>	784197532908353	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	عزة عبد الله مصطفى بن الأمين	<b>Card Number:</b>	094838123	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	SDN	<b>Family ID:</b>	
<b>Title (Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	السودان		
<b>Issue Date:</b>	30/05/2019	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	03
<b>Expiry Date:</b>	25/05/2021	<b>Date of Birth:</b>	01/01/1975	<b>Sponsor Name:</b>	احمد محمد المصطفى شريف
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	07105098
<b>Residency Type:</b>	03	<b>Residency Number:</b>	30120043009061	<b>Residency Expiry:</b>	25/05/2021
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	99	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo

Signature Image

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

6/15/2019





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004053)

Date:15-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002328 - AZZAA 00. - 971508625214

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

By Cash **1,050.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 15-06-2019

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 : 1002328 - AZZAA 00. - 971508625214

---

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: 25/12/2023

أنا السيد/السيدة لمة الامسي 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 وزرراق.

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

من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، تتميل، 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 وتحديدًا في الوجه والمجرى الهوائي مما يسبب صعوبة بالتنفس)، هبوط الحاجب أو الجفن، سماع طنين بالأذن وقلّة السمع، حساسية في صعوبة البلع والتنفس والكلام.

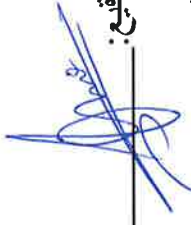
لقد تم إبلاغني أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 4 إلى 6 أشهر مع التوقعات.

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 أو الوصف المرفق  
نعم لا

اسم المريض: لمة الامسي

اسم المعالج: DR. WESAM

التوقيع: 

التوقيع: 





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006693)

Date:25-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002328 - AZZAA 00. - 971508625214

The sum of Dhs. **One Thousand Fifty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **1,050.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 25-12-2019

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 : 1002328 - AZZAA 00. - 971508625214

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