



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002374

Date: 22/6/2019

File Number: 1002374

Date: 22/6/2019
اسم المريض:

Patient Name: Ghid A. Alkour
الحالة الاجتماعية: Single

Date Of Birth: 08/09/1997
M / F
Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality: Lebanese
Occupation: Business development + trainer

Address: S.T. Cluste
Phone No. (رقم الهاتف): 0585580397

E-MAIL: ghid.alkour@gmail.com
How did you know about us: Friend

التاريخ الطبي Medical History			
Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		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 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) ،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 أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع 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 الغدة الدرقية؟		No	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط HSV, HIV...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: 27. 2. 2019

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 بالمعالج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا 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 الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للقنوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تقوي الي 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 لغرض الملف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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: ... / ... /

استشارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (فصية الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History: التاريخ المرضي:		
Allergies الحساسية:		
Medications الأدوية:		
Pregnancy الحمل:		
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة , احوال المستشفى:		
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N	Drugs (تداعيق): 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 على الأسئلة التالية بدقة precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟ How do you better describe your skin Type	<input type="checkbox"/> دائماً المحترق , little tanned <input type="checkbox"/> دائماً المحترق , Never Tanned <input type="checkbox"/> قليلاً المحترق , Always Tanned <input checked="" type="checkbox"/> نادراً المحترق , Always Tanned
هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جذرة؟ نعم / لا Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	لا / لا No
هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جذرة؟ نعم / لا Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	لا / لا No
هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينوين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا Have you Taken Akutan or Isotretinoin in the last 6 months? Yes/ No	لا / لا No
هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدوكينون في منطقة العلاج؟ Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes / No	لا / لا No
هل قمت بتفك أو إزالة الشعر بالشع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	لا / لا No
هل قمت بتفك أو إزالة الشعر في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No	لا / لا No
هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	لا / لا No
هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا Do you Have any tattoos on site? Yes / No	لا / لا No
هل تم تشخيصك سابقاً بأي مشكلات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	لا / لا No
ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حالياً؟ What products you are using for your skin recently?	لا / لا No
هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	لا / لا No
السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	لا / لا No
هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا Have you done any permanent make up? Yes/ No	لا / لا No

I, Salah Al-Akbar 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 the 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

Salah Al-Akbar

Date

22.10.2016

الإسم و التوقيع

التاريخ

..... / ... /

أقر أنا
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلة الشعر تعطّل قدرتها على إنهاء الشعر. وأفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والالتزام المرضي بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسة واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج، وإني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع والتف والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكلي وإني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتف قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والحساسية ونوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
- أفهم 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، ومن الممكن حدوث بعض التورم والتشققات، وهذه الأعراض الجانبية ستلاشى خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدوم في حال حدوثها، ويتصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس. أقر أنه قد أتيت لي الفرصة للإستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص وأنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قرأته لي، وأنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

اسم المريض: Chiel Al Akhouri

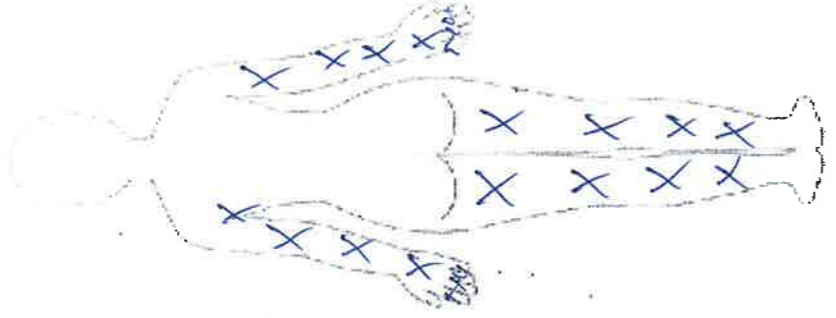
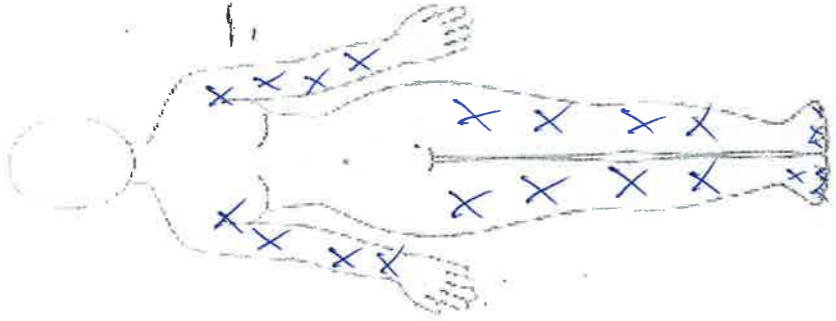
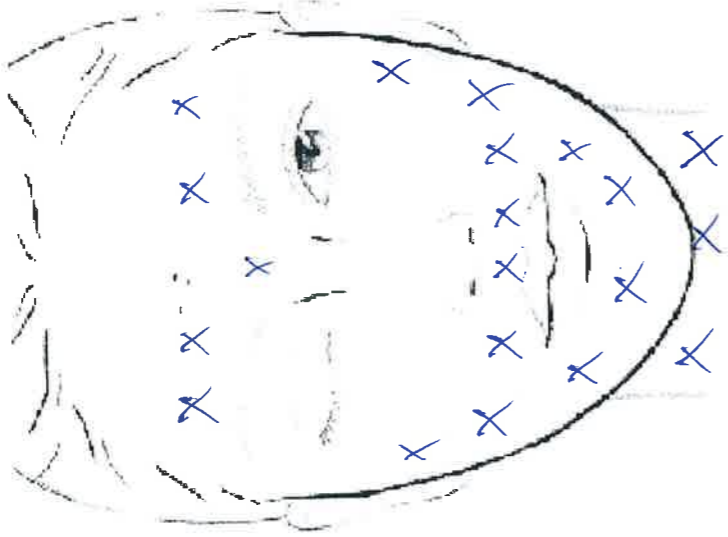
رقم الملف:

Evaluation and consent form completed? Yes / No

File Number:

Pain Relief given? Yes / No

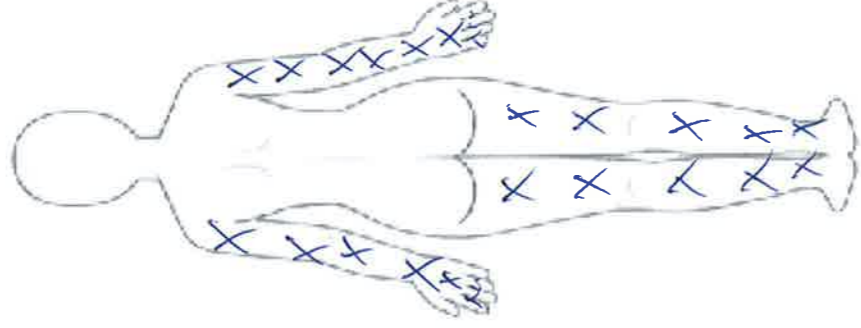
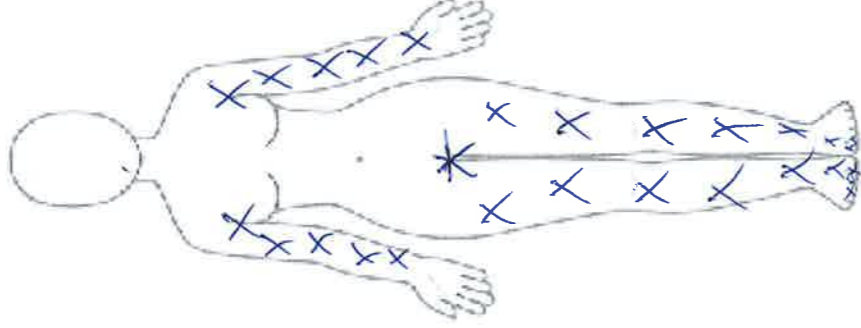
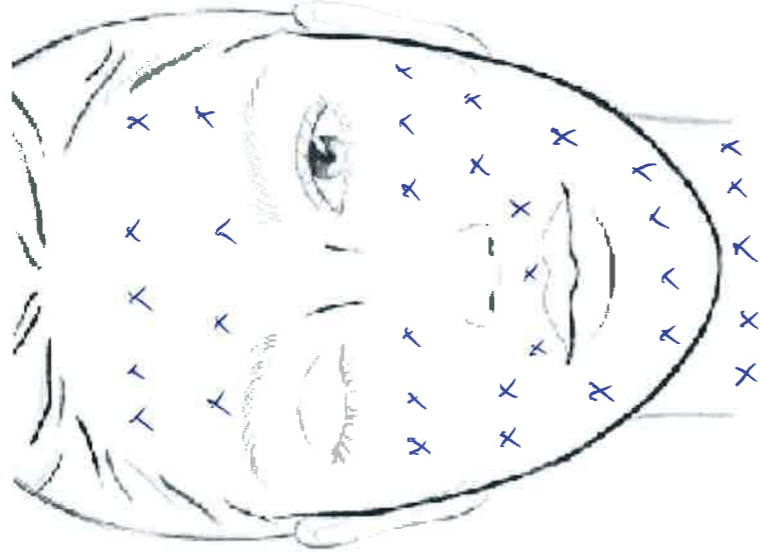
Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	22/06/19	27/07/19	05/10/19	21/11/19	14/12/19	17/1/20
Treatment Area	Full Body	Same	Same	Same	Same	Same
Hair Type	Coarse/Thick	Thick	Coarse	thin/thick	Same	M/ Dark
Mode	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	Med/Thick	Alex-face (16)
Fluence	18J/SHORT	20J/SHORT	22J/SHORT	18-22J/short	DPI/FDP	9J/12ms, UA
Pulse Type	7J/SHORT	7J/SHORT	7J/SHORT	7J/SHORT	22J/SHORT	70J (20)
GNT Pulse	2	2	2	2	7J/SHORT	16J/12.5ms
Passes	5pm	2pm	6:30pm	12:45pm	7J/SHORT	1 pass
Starting Time	6:45pm	3:30pm	7:45pm	2pm	3:30pm	5:30pm
Finish Time					3:50pm	
Post Treatment				sunblock		

Therapist Name and Signature

Patient's Name: Ehsal Al Khawari :اسم المريض
 File Number: 1002374 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	22/06/20					
Treatment Area	face body					
Hair Type	Med/Dense					
Mode	ND YAG					
Fluence						
Pulse Type	16J/16ms					
CNT Pulse						
Passes	face-16 9J/13ms					
Starting Time						
Finish Time						
Post Treatment	HRUDOID					

Therapist 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

Name	Ghid,Elias,,,Al Akoury	IDN:	784199765741501	Mother Name:	
Name (Ar)	غيد الياس,,,الاقوري	Card Number:	093945371	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	LBN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	لبنان	Sponsor Type:	09
Issue Date:	03/04/2019	Sex:	F	Sponsor Name:	كندر الشرق الأوسط-حيفا
Expiry Date:	01/04/2022	Date of Birth:	08/03/1997	Sponsor Number:	00
Marital Status:	01	Husband IDN:		Residency Number:	20120197145600
Residency Type:	07	Residency Expiry:	01/04/2022	Occupation Field:	00
ID Type:	IL	Occupation:	3415		



Photo

Signature Image

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

6/22/2019



مركز أوركيديك الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,097.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007785)

Date:22-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002374 - GHID ALAKOURY - 971585580397

The sum of Dhs. Three Thousand Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 3,097.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 22-02-2020

Being she take bkj 6 (5900)sessions sharing with her file (1878) + 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 : 1002374 - GHID ALAKOURY - 971585580397

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