



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 23/6/19

Date: 23/6/2019

File Number: 1002381

Patient Name: HURINA ALAMMEI

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 5/1/2000

Marital Status (الحالة الاجتماعية): M / F

single

Nationality (الجنسية): Emirates

Occupation (الوظيفة): Student

Address (العنوان): Alinauf 3 Street

Phone No. (رقم الهاتف): 050 5 11017

E-MAIL: Hurina.alammei@outlook

How did you know about us: Instagram

التاريخ الطبي Medical History	
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	No
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي 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) لويميا (فقر الدم)، لويميا	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 السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟	No
Other conditions HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، 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 الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج (مورا مختلفة عن ما نكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الاجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الاجراءات الطبية او التجريبية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية و الطبية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون ممسحة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحي الملف الصحية و اتفهم 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 (عن 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 (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 ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي 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

.....



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"/> قليلة الاحترق , Always Tanned <input checked="" type="checkbox"/> نادراً الاحترق , Always Tanned
هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره؟ لا / لا	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا
هل ظهر لديك حلا بسيط أو يثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> نعم / لا <input type="checkbox"/> لا
هل تناولت عقار الكورتان/ الستيروئيدون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> نعم / لا <input type="checkbox"/> لا
هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهاليدريكوتيون في منطقة العلاج؟	<input type="checkbox"/> نعم / لا <input type="checkbox"/> لا
هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطه العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> نعم / لا <input type="checkbox"/> لا
هل كنت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟	<input type="checkbox"/> نعم / لا <input type="checkbox"/> لا
هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> نعم / لا <input type="checkbox"/> لا
هل لديك اي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> نعم / لا <input type="checkbox"/> لا
هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> نعم / لا <input type="checkbox"/> لا
ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشريك حالياً؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا
هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> نعم / لا <input type="checkbox"/> لا
السيارات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> نعم / لا <input type="checkbox"/> لا
هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> نعم / لا <input type="checkbox"/> لا

I, Huning Avamen, 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, patient's 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
Huning Avamen

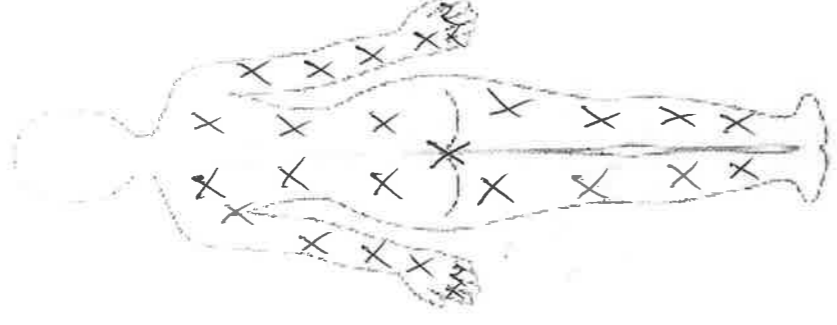
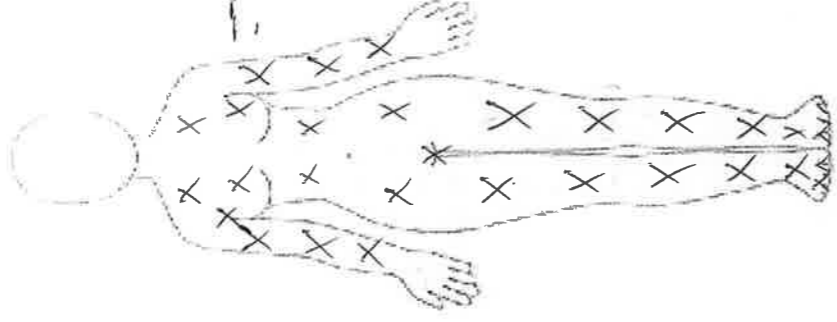
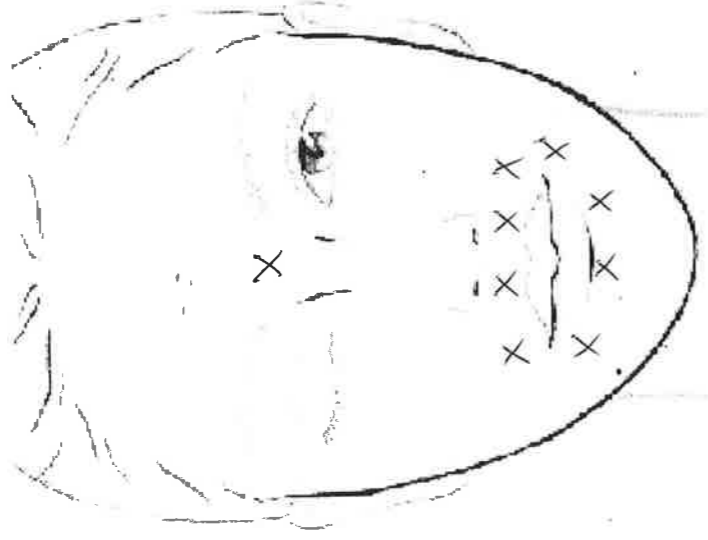
Date
27/9/2014

أقر أنا الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركييد الطبي باستخدام جهاز مركز أوركييد الطبي/ الليزر المحفور.
 وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصليات الشعر. تعمل قدرتها على إنهاء الشعر. ولتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج، و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفح و التفت و الكرمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.
 أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:
 - لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل و بعد العلاج.
 - يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب ٦ 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 الحساسيات و نوع البشرة
 - الأشخاص الذين تناولوا عقار الكورتان خلال الست اشهر الماضية أو اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
 إنفهم أنه برغم التغيير الطويل 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 ستلاشي 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 أتيت لي الفرصة للاستشارة و توجيه الأسئلة الي المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محققات هذا القرار أو قد تمت قرأته لي، و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الإسم و التوقيع
.....

التاريخ
..... / /

Patient's Name: اسم المريض Evaluation and consent form completed? Yes / No
 File Number: رقم الملف Pretreatment photography taken? Yes / No
 Pain Relief given? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	23/06/19					
Treatment Area	Full Body +					
Hair Type	Coarse					
Mode	DPI / FDP					
Fluence	16J / SHORT					
Pulse Type	14-12 BURST					
CNT Pulse	5J / SHORT					
Passes	2					
Starting Time	5 PM					
Finish Time	7:05 PM					
Post Treatment						

Therapist Name and Signature

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQyMI

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	Huriya,Nasir,Mohamed,Dadi,Alameeri	IDN:	784200047250616	Mother Name:	Maswmah
Name (Ar)	حورية ناصر محمد دادي الأميري	Card Number:	092469053	Mother Name (Ar):	مصومة اسحاق
Title		Nationality:	ARE	Family ID:	301014371
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	06/01/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	06/01/2024	Date of Birth:	05/01/2000	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

6/23/2019



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 997.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004161)

Date: 23-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002381 - HURIYA ALAMEERI - 971504811017

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: 23-06-2019

Being **FULL BODY PLUS VIKINI + 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 : 1002381 - HURIYA ALAMEERI - 971504811017

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