



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002407

Date: 26/6/2019

File Number: 1002407

Date: 26/6/2019

إسم المريض:

Patient Name: Aina Alwaseen

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 27/7/1974 Gender (الجنس): M

Marital Status (الحالة الاجتماعية): M

Nationality (الجنسية): Canadian (الوظيفة): Interpreter

Address (العنوان): Al-Jazeera (رقم الهاتف): 6551121

E-MAIL: How did you know about us:

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

### 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 إقرار 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 او تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية او التجريبية المقدمة لي كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون محسوبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية المرضية.
- 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 تماماً و لا يمكن الاطلاع 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 بكامل إرادتي

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

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

التاريخ: ... / ... / 26...



استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): 70 Kg	Height (الطول): 160 cm	Blood Type (دم): B+
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (دم): /	Blood Sugar (دم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Face sagging treatment

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

skin sagging in the cheeks and lower face area

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Sagging face.

خطة العلاج Treatment Plan

26/6/2019

eyebrows lift : Botox  
face lift with threads: Middle face  
+ lower face.  
she was advised to stop Roaccutan

د. وسام مروان الطباع  
Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
الطبيعي جنتية  
Dermatology specialist  
MOH License No.: Y826  
خبير وفوق  
Orchid Medical Centre  
مركز الطبي

Doctor's Signature and Stamp

.....



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>	Alaa,Ahmad,,,Hussain	<b>IDN:</b>	784197480648373	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	الاء أحمد حسين	<b>Card Number:</b>	088191019	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	CAN	<b>Family ID:</b>	
<b>Title(Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	كندا		
<b>Issue Date:</b>	18/03/2018	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	03
<b>Expiry Date:</b>	14/03/2020	<b>Date of Birth:</b>	27/07/1974	<b>Sponsor Name:</b>	فارس حسن شريف
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	0173833675
<b>Residency Type:</b>	03	<b>Residency Number:</b>	20120163037431	<b>Residency Expiry:</b>	14/03/2020
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	99	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo



Signature Image

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

6/26/2019

## استمارة الموافقة على العلاج بخيوط PDO Alaa Husainy

التاريخ: \_\_\_\_\_

أوافق على المعالجة بخيوط PDO وقد تم شرح أن هذه الخيوط من مادة بولي ديوكسانون المعقمة مع الكانيولا والتي تزرع تحت الجلد في الطبقة الشحمية لشدة الوجه وإعطاء النضارة.

تزداد النتائج بالتحسن لمدة شهرين وتستمر النتائج لمدة 10 إلى 12 شهر.

ينصح بعدم تناول الأدوية المسيلة للدم قبل و بعد أسبوعين من الإجراء.

### الآثار الجانبية

ألم في الأسبوع الأول-إحساس شد في المنطقة-كدمات-تورم-إحساس تحرك محدد-عدم تناظر بالوجه-غضازات بالجلد-التهاب وخمج بالجلد-أذية بالأعصاب أو الأوعية الدموية.

معظم هذه الاختلاطات مؤقتة.

أنفهم أن النتائج تختلف من شخص لآخر وتعتمد على حالة الشخص، وأن المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالي قبل وبعد العلاج وعدم نشر الصور إلا بالموافقة الموقعة مني.

التوقيع: \_\_\_\_\_

اسم المريض: Alaa Husainy



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

Are you pregnant or breast feeding? Yes / No هل أنت حامل أو توفين بالإرضاع حالياً؟ نعم / لا	لا / لا
Do you have a history of allergy or anaphylaxis? Yes / No هل لديك أي حساسية؟ نعم / لا	لا / لا
Are you currently receiving any Medical Treatment? Yes / No هل تتلقى أي علاجات حالياً؟ نعم / لا	لا / لا
If Yes, provide more details..... إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل.....	
Have you previously received any aesthetic treatment? Yes / No هل قمت سابقاً بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا	لا / لا
If Yes, provide more details..... إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل.....	
Have you ever done any treatment with botox or filler? Yes / No هل قمت سابقاً بأي علاج باستخدام البوتوكس أو الفيلر؟ نعم / لا	لا / لا
If yes, provide more details..... إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل.....	
What Areas are treated and when?..... ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟.....	
Did you suffer any side effects after treatment?..... هل عانيت من أي أعراض جانبية بعد العلاج؟.....	
Have you ever suffered from any auto immune disease? Yes / No هل عانيت من أي أمراض مناعية؟ نعم / لا	لا / لا
Do you have any skin infections or inflammations? Yes / No هل تتناول أي ستيرويدات أو مسبرين أو مبيعات للدم؟ نعم / لا	لا / لا
Do you take any aspirin, steroids or anticoagulant? Yes / No هل تعاني من أي حساسية خصوصاً تجاه حمض الهيالورونيك أو التخدير الموضعي أو الليدوكين؟ نعم / لا	لا / لا
Do you have any allergy, specially to Hyaluronic acid, Arnide Local Anesthesia or Lidocaine? Yes / No هل تعاني من أي مشاكل أو أمراض قلبية؟ نعم / لا	لا / لا
Do you suffer of Hypertrophic Scarring? Yes / No هل تعاني من تضخم الندب؟ نعم / لا	لا / لا
Do you suffer any cardiac disorders? Yes / No هل تعاني من أي مشاكل أو أمراض قلبية؟ نعم / لا	لا / لا
If Yes, provide more details..... إذا كانت الإجابة نعم أذكر 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

اسم المريض والتوقيع

Alama Hussain

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

التاريخ: ... / ... / .....

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

أتفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري وأنا قد وقعت هذا الاقرار بإرادتي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر / البوتوكس لإعادة التناورة للوجه وتحسين مظهر الشفاه وتغيير مظهرها أو إعادة تصاريف الوجه. أو إلقاء التخاعيد في منطقة الجبهة وحول العين.

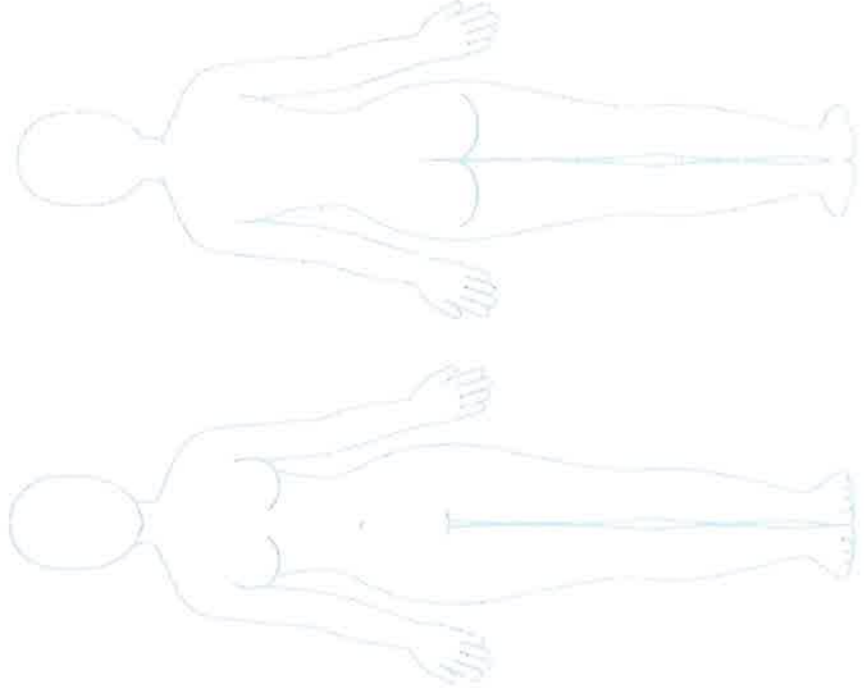
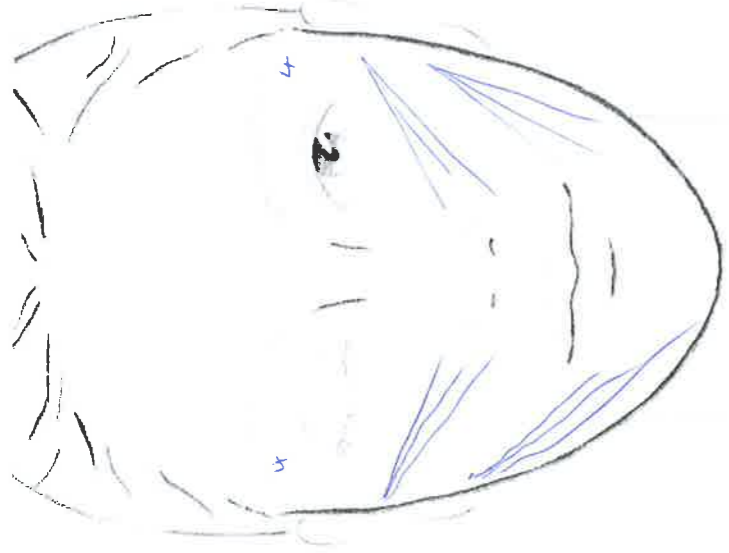
أقر أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل وأني سوف أوجه جميع الأسئلة والاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الاقرار والتفهم وأن كنت قرأته لي وأنا على علم بحتواتها وأن جميع اسئلتني واستفساراتي قد أجبته بالكامل وبشكل مرضي.

أقر أنني على علم بكامل الاخطار والمضاعفات التي قد تنتج من هذا العلاج واتفهم أن لا ضمانات قد قدمت لي لنتائج هذا الاجراء الطبي.

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





already

**Filler Injection Log**

Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
26/6/2019	PDO coags	cheeks + lower face	(12 cap)	
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

**Botox Injection Log**

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
26/6/2019	eyebrows lift	(4 u)	(4 u)
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

د. وسام مروان الطباع  
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
 اختصاصي جلدية  
 Dermatology Specialist  
 ترخيص رقم: ٧٨٢٦  
 مركز اوركيد الطبي  
 Orchid Medical Centre





مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 5,460.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004201)

Date: 26-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002407 - ALAA 00. - 971565511225

The sum of Dhs. Five Thousand Four Hundred Sixty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 5,460.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date: 26-06-2019

Being face threads 5000 + botox 200 + free session carbon + 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 : 1002407 - ALAA 00. - 971565511225

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

www.omc1.ae



قطاع سياسة الصحة العامة والتراخيص  
إدارة التمكين والامتثال الصحي  
قسم الحوكمة الصحية

2019/7/23

استمارة الرد على شكوى السيدة/ الأء حسين العاردة لقسم الحوكمة الصحية

مضمون الشكوى:

ذهبت لوجود ترهل في منطقة الوجه وكان المركز قد أعلن عن خصومات تصل ل 800 درهم لايرة الفيلر.  
فأخبرتني الدكتورة أنه من الأفضل عمل خيوط للوجه.  
قمت بعمل خيوط لشد الوجه وبوتكس.  
بعد 3 أيام ذهبت لعمل رتوش لوجود اختلاف بين الحاجبين، فأخبروني ان الطيبة غير موجودة،  
وهي في إجازة .  
ذهبت أكثر من مرة دون ان اجد نتيجة لغياب الطيبة وعدم وجود بديل.  
اصبح هناك ترهل في الخد حركة والم ووخز.

المطلب :

استرجاع المبلغ المنفوع 5500 درهم لأنني تعرضت لضرر في الوجه.

1 قسم الحوكمة الصحية - إدارة التمكين والامتثال الصحي -

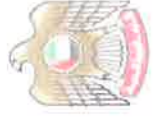
وزارة الصحة ووقاية المجتمع

04/2301417 - 04/2301139 - 04/2301564

Zainab.Mubarak@moh.gov.ae

ShaiKa.Albloshi@moh.gov.ae

omnia.arezef@moh.gov.ae



التاريخ : 2019/7/22

المحترم ،،،

سعادة /المدير الفني لمركز أوريكيد الطبي  
ترخيص رقم - 7243 - منطقة الشارقة الطبية

تحية طبية وبعد ،،،

م/طلب ملف السيدة/ آلاء أحمد حسين

بداية تهديكم ادارة التمكين والامتثال الصحي اطيب التحيات ونقدم الى مقام سعادتكم بالشكر والتقدير على جهودكم الطبية والخبرة والتواصل الدائم.

بالإشارة الى الموضوع أعلاه، نرجو من سعادتكم التكرم بتسليم التقرير الطبي ونسخة من الملف الطبي الخاص بالمريضة المنكورة أعلاه لإدارتنا وذلك لتشكيل لجنة فنية للتحقيق في الموضوع، حيث تم ورود شكوى لوزارة الصحة ووقاية المجتمع من قبل المريضة.

يرجاء نسيخ الملف عن طريق قرض مدمج وتسليمه خلال 3 ايام من تاريخ استلام الخطاب.  
بيانات صاحبة الشكوى: آلاء أحمد حسين

الجنسية:	كندا
تاريخ الميلاد:	1974/7/27
رقم التواصل:	0565511225

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام و التقدير ؛؛؛

د. حصة مبارك

مدير ادارة التمكين والامتثال الصحي

قسم الموكمة الصحية  
04/2301417 – 04/2301139 – 04/2301564  
[Zainab.Mubarak@moh.gov.ae](mailto:Zainab.Mubarak@moh.gov.ae)  
[Shakla.abtloshy@moh.gov.ae](mailto:Shakla.abtloshy@moh.gov.ae)  
[omma.araizi@moh.gov.ae](mailto:omma.araizi@moh.gov.ae)