



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 17/19

Date: 17/19/2019

File Number: 1002441.....

Patient Name: Shaikha Alnawawi

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد) 25/9/1988 Gender (الجنس) : M / F

Marital Status:(الجماعية):

Nationality (الجنسية) : UAE

Phone No. (رقم الهاتف): 050-1391994.....

Address (العنوان) : Ajman

How did you know about us:

E-MAIL:

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟	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 مميوعات للدم؟	NO
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، لوكميا (فقر الدم)	NO
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، المل، 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 السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	NO
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ 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: 1. / 7 / 2019



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 تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف 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 و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة 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 الألم أو الصلابة 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 لي قمتي بالدفن صحيح، و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم 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: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (فصيلة 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

.....

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxQ

Public Data Readed Suc

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	Shaikha,Mohammed,Salem,Mohammed,Alnuaimi	IDN:	784198191049190	Mother Name:	
Name (Ar)	شبيخة محمد سالم محمد النعيمي	Card Number:	086518507	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	401009863
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	29/11/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	29/11/2022	Date of Birth:	25/09/1981	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

7/1/2019

صحة... الجمال... Beauty
Health ... Smile ... Beauty

مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

Evaluation and Consent Form for Laser Hair Removal Treatment

precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟

- دائماً احترق ، قليله احترق ؟
- دائماً احترق ، قليلة الاحمرار
- قليلة الاحترق ، دائماً الاحمرار
- نادرة الاحترق ، دائماً الاحمرار

هل تظهر لديك حلا البسيدا أو بثور أو قروح في منطقة العلاج؟ نعم / لا

هل تناولت عقار الكورتيزون / الستيرويدات خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا

هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حصى الجوارونيك أو الهيدروكورتيزون في منطقة العلاج؟ نعم / لا

هل أخذت حقنة أو كيمي أو إزالة الشعر بالتدريج في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

هل استخدمت مستحضرات التجميل لمدة طويلة أو وقت بطيئة الشعر؟ نعم / لا

هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة الشعر؟ نعم / لا

هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا

هل لديك أي مشكلات صحية / تستخدمها ليحرك حالياً؟ نعم / لا

هل أخذت سابقاً بإجراء ميكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

هل أجرت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا

هل أخذت سابقاً بإجراء ميكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

هل أخذت سابقاً بإجراء ميكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

هل أخذت سابقاً بإجراء ميكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

هل أخذت سابقاً بإجراء ميكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

هل أخذت سابقاً بإجراء ميكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

هل أخذت سابقاً بإجراء ميكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

هل أخذت سابقاً بإجراء ميكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

هل أخذت سابقاً بإجراء ميكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

هل أخذت سابقاً بإجراء ميكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

هل أخذت سابقاً بإجراء ميكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

هل أخذت سابقاً بإجراء ميكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

هل أخذت سابقاً بإجراء ميكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

هل أخذت سابقاً بإجراء ميكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

هل أخذت سابقاً بإجراء ميكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

هل أخذت سابقاً بإجراء ميكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

هل أخذت سابقاً بإجراء ميكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

هل أخذت سابقاً بإجراء ميكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

مركز أوركيد الطبي / المشاركة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتقدم.
وأنتهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعمل قدرتها على أداء الشعر.
والشعر و التزام المرضى بتعليمات العلاج قبل وبعد الاختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة والشعر.
العلامة وأي علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر واختلاف استجابة الأشخاص.
أقر قد تلقيت التعليمات التالية:
- لا بالتدريج أو استخدام مستحضرات التجميل لمدة 6-7 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- التوتو والميكياج الدائم في منطقة العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- تجنب الرياضات الشاقة والتمارين الرياضية في منطقة العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- ارتداء ملابس فضفاضة وارتداء نظارات واقية في منطقة العلاج بالليزر.
- تجنب قهوة طويلة أو مكثرة إزالة الشعر بالشعر الباهت أو نوع البشرة.
- الحكة الذي قد يحدثها إزالة الشعر بالبشر.
- الأخطار المحتملة من الجلسة الأولى في العلاج يحتاج إلى عدة جلسات قدر
- نتيجة احمرار البشرة بما يشبه الحروق ومن الممكن حدوث بعض التورم أو التهابية مستترة خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج.
- أقمت الموافقة على تدبير في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس في فترة التعرض لأشعة الشمس القوية.
- أقر بأنني قد تجاوزت القائمة عشر من عمري أو حصلت على السن القانوني.
.....
ال.....

hereby consent that I have you done any permanent make up? Yes / No

For Ladies: Are You Pregnant? Yes / No

Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No

Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No

Have you ever had Scars or keloids? Yes / No

Have you Taken Akutan or Isotretinoin in the last 6 months? Yes / No

Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on site? Yes / No

Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No

Have you exposed to sun or got tanned products? Yes / No

Do/ Did you use any tanning products? Yes / No

Do you Have any tattoos on site? Yes / No

Do you Have any hormonal abnormalities? Yes / No

What products you are using for your skin recently? Yes / No

What products you are using for your skin recently? Yes / No

What products you are using for your skin recently? Yes / No

What products you are using for your skin recently? Yes / No

Treatment Date	3/05
Treatment Area	Face
Hair Type	Med
Mode	DPI/F
Fluence	16J/Bl
Pulse Type	GJ-5
CNT Pulse	SHOK
Passes	2
Starting Time	4:30 PM
Finish Time	6:50 PM
Post Treatment	

Name and Signature

Date 3/7/2019

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,123.75

RECEIPT VOUCHER

No: REC-004266

Date: 01-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002441 - SHAIKHA AL NUAIMI - 971501391994

The sum of Dhs. Three Thousand One Hundred Twenty Three and Seven Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 3,123.75 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

By ADVANCE FOR 12 SESSION FULL BODY PLUS PKG 4900 + 3 SESSION CARBON 700 + 1 SESSION FACIAL 350 + 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

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

www.omcl.ae

Handwritten notes in blue ink:

1/1/2019

Laser Full Body
 { ASO } 2850
 { ASO } 142.50
 { ASO } 2992.50

Shanina 131.25

03/10/2019



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,123.75

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005360)

Date:03-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002441 - SHAIKHA AL NUAIMI - 971501391994

The sum of Dhs. Three Thousand One Hundred Twenty-Three Dirhams and Seventy-Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 3,123.75

Bank: Cheque No. Date: 03-10-2019

Being 3 SESSIONS FULL BODY PLUS + VAT + SHAVING

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 : 1002441 - SHAIKHA AL NUAIMI - 971501391994

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