



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 14/7/19

Date: ... / ... /

File Number: 1002505.....

Patient Name: Mayy Abdullah Khulid

إسم المريض:

Date Of Birth: 28/3/1998 Gender: M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: U.A.E. Occupation: Student

Phone No. (رقم الهاتف): 0555338663

Address (العنوان): Alkhozma, Jbn. 3.

E-MAIL: Mayyan@adk.com

How did you know about us: internet.

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 حديثاً؟	✓	حبوب الوركين
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	X	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	✓	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	✓	كحبة في العين
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	X	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	✓	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	X	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	X	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	X	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	X	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	X	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	X	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	X	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	X	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc	X	



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 يكشف 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 أو التحميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي قمتي الملف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقييم هذا الأقرار 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 (دمية الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دمية الضغط):	/	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 ، ائخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (دوائية): 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

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input checked="" type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادراً الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جيزة؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلاً بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الاكوتان/ايسوتريتونين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes/ No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلاليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت ببنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No	هل استعدت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشريك حالياً؟
What products you are using for your skin recently?	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	

I 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 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

Date

..... / /

التاريخ

..... / /

الإسم و التوقيع

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

و أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر.

و أتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة والشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفت و الكريعات 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 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات و المساسية نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكوتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية المحتملة:

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يقبض الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات التي عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و يصبح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و إنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قرأته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

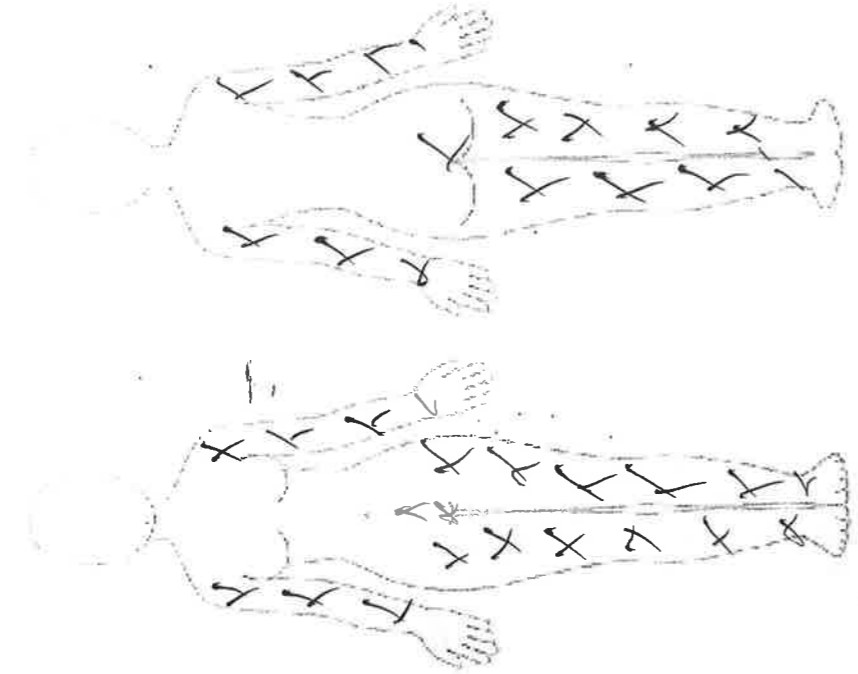
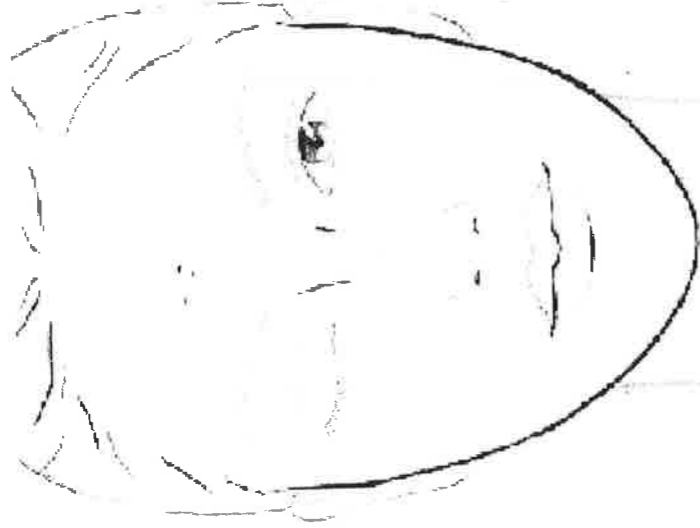
الإسم و التوقيع

التاريخ

..... / /

اسم المريض: May Abdellah
 Patient's Name:
 رقم الملف:
 File Number:
 تقييم و الموافقة اكتملت؟ Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No

100505



VRANI

Sensitive Skin

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	2/1/20	5/4/20	5/6/20	5/7/20		
Treatment Area	Full body	Full body	Full body	Full body		
Hair Type	DPI / Short	Soft LD	Soft (D110)	Soft D.		
Mode	22J	Alex 20	Alex 20	Alex 20		
Fluence	FDP 7/7	7/11-13	7/11-13	7/11-13		
Pulse Type	2 pass.	Bikini YA4 20	Bikini YA4 20	Bikini 6/13m		
CNT Pulse	2.2000	14/17ms	15/17ms			
Passes	5/m	1 pass	1 pass	1 pass		
Starting Time		10:00	10:00			
Finish Time		10:30	10:30			
Post Treatment	low	front Handed	Handed	Handed		

Therapist Name and Signature May

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQXO

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	May,Abdulla,Khaled,Abdulrahman,	IDN:	784199838162073	Mother Name:	Khadija
Name (Ar)	مسي عبد الله خالد عبد الرحمن	Card Number:	074646459	Mother Name (Ar):	خديجة محمد
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	101059426
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	26/08/2015	Date of Birth:	29/05/1998	Sponsor Name:	
Expiry Date:	26/08/2020	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	01	Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

7/14/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-004391

RECEIPT VOUCHER

AED 2,500.00

Date: 14-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002505 - MAY ABDULLAH - 971555338663**The sum of Dhs. **Two Thousand Five Hundred Only**By Cash **2,500.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR FULL BODY 1 YEAR PKG 12 SESSION + VAT BALANCE 1595**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@omc1.ae
www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 5,095.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008686)

Date:04-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002505 - MAY ABDULLAH - 971555338663

The sum of Dhs. Five Thousand Ninety-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,595.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 2,500.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-05-2020

Being 12 SESSIONS FULL BODY

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 : 1002505 - MAY ABDULLAH - 971555338663

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