





### 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: 1.11.7/2019

### نموذج اقرار طبي

أوافق وأسمح 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 القصد  
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 العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية  
المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي  
المرضية.

أتفهم تماماً 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 الى مضاعفات  
كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالأدنى 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 لدى فتحى الملف صحيحة. و  
أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً 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: ... / ... / .....

## المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نصية الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (نصفط 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 ، ابحال المستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

## الملاحظات العامة و السريرية General &amp; Clinical Findings

## الفحص Examination

## الصور الشعاعية Radiography

## التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



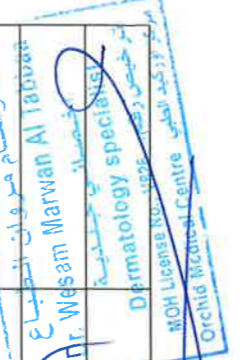




PATIENT NAME: *Anna Ali*

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
20-07-19	carbon la	د. وسام مروان الطباع Marwan Al Tabbaa		
22-07-19	facid	اختصاصي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre		
08/08/19	hair full body plus (VIKIND) Pkg -12 Balance	د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa اختصاصي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre		
08/09/19	hair-full body plus (VIKIND) Balance -10	اختصاصي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre		
12/10/2019	Mesotherapy (c-low=1ml) treat app: Mesotherapy	د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa اختصاصي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre		
7.11.2019	Carbon la			
02/11/19	hair-full body (VIKIND)	د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa اختصاصي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre		
16/12/19	hair-full body plus (VIKIND)	اختصاصي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre		
16.12.19	Mesotherapy (Galax 1ml)	د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa اختصاصي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre		
8/1/2020	Androgenic Alopelia plan: PRP + Biotech (6) sess pt uses cap + spray P: Miclorin cap + cond-spray ACM sk next app after	د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa اختصاصي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre		





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 checked="" type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input type="checkbox"/> Always Burned , Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned , Always Tanned <input type="checkbox"/> Rarely Burned , Always Tanned
هل ظهرت لديك علامات ندوب أو جبرية؟ نعم / لا Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	<input type="checkbox"/> نعم / لا
هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جبرية؟ نعم / لا Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	<input type="checkbox"/> نعم / لا
هل ظهرت لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	<input type="checkbox"/> نعم / لا
هل تناولت عقار الكيوتان/اليسوتريونين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquinon on Site? Yes / No	<input type="checkbox"/> نعم / لا
هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	<input type="checkbox"/> نعم / لا
هل قمت بنقف 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? .....	<input type="checkbox"/> نعم / لا
هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	<input type="checkbox"/> نعم / لا
هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا Do you Have any tattoos on site? Yes / No	<input type="checkbox"/> نعم / لا
هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	<input type="checkbox"/> نعم / لا
ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشريك حاليا؟ recently? .....	<input type="checkbox"/> نعم / لا
هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	<input type="checkbox"/> نعم / لا
للسيئات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	<input type="checkbox"/> نعم / لا
هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا Have you done any permanent make up? Yes / No	<input type="checkbox"/> نعم / لا

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, 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

Date

أقر أنا ..... بصحة على الطهرين

مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير الترميم به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيرات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر.

وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التقف و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 اسابيع قبل و بعد العلاج.

- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التقف قبل العلاج ب 6 اسابيع على الأقل.

- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

- يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و المسامسة و نوع البشرة

- الأشخاص الذين تناولوا عقار الكيوتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

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

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشيب الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التنتفحات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات التي عدة ايام بعد العلاج.

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 الاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و اني قد قرأت و فهمت محتويات هذا النموذج أو قد تمت قرأته لي. و اني تجاوزت القائمة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي امري في حال عدم بلوغني القانوني.

الاسم و التوقيع

.....

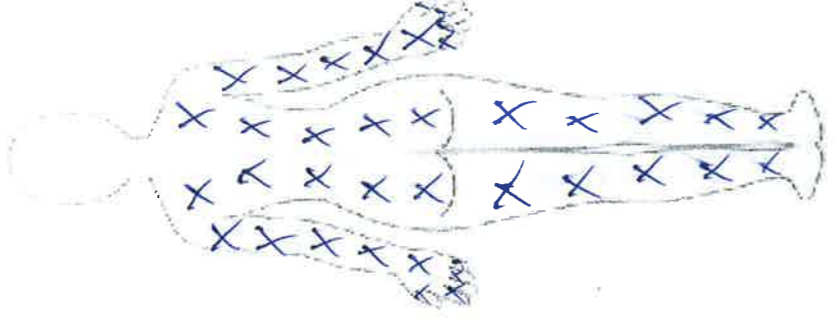
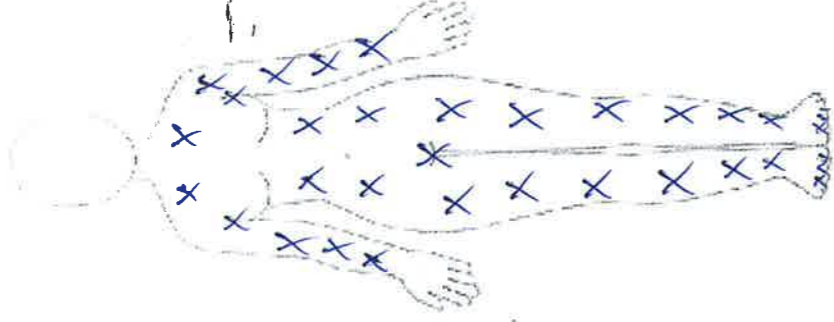
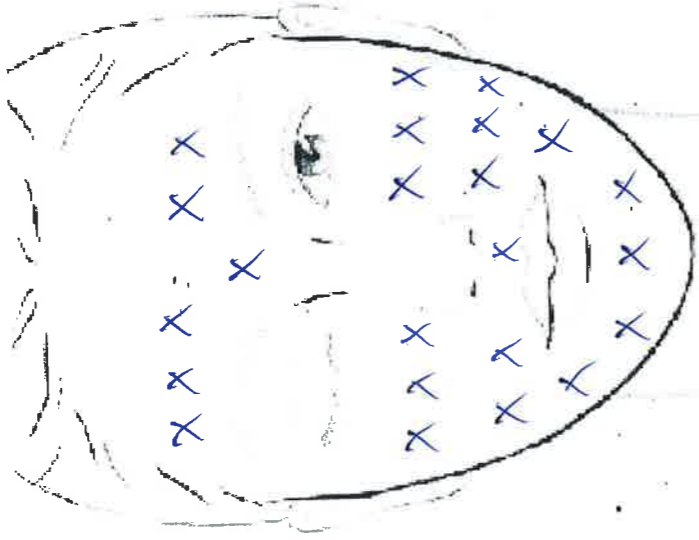
التاريخ

2019.1.7.12



Patient's Name: ..... **Camna Ate** .....  
 File Number: .....  
 Pain Relief given? Yes / No .....  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....

1008506



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	08/08/19	08/09/19	02/11/19	16/12/19	26/1/20	2/8/20
Treatment Area	Full body + Medicam	Full body + Medicam	Same	Same	Full body + thin/medic	full body + Soft Dark
Hair Type	DPI/FDP	DPI/FDP	Med Dark	Med/Salt	thin/medic	Soft Dark
Mode	18-26/SHORT	20/SHORT	DPI/FDP	DPI/FDP	ND/medic	Alex 20
Fluence	6J/SHORT	6J/SHORT	20J/SHORT	22J/SHORT	log(14/15)	8/9.5ms
Pulse Type	2	2	20J/SHORT	22J/SHORT	Bimodal	Bikini
CNT Pulse	5 pm	5 pm	6/30 pm	6J/SHORT	8J/9.5	18/15ms
Passes	7 pm	6:50 pm	3 pm	3 pm	1 pass	1 pass
Starting Time				4:45 pm	3:30 pm	4 pm
Finish Time						5 pm
Post Treatment				Hirudoid	Hirudoid	Hirudoid

Therapist Name and Signature .....



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO'

Confirm Data

Public Data Readed Suc

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>	Amna, Ali, Obaid, Ali, Almhairi	<b>IDN:</b>	784197414736245	<b>Mother Name:</b>	Moza
<b>Name (Ar)</b>	امنه طهيرة عبيد طهيرة المهيري	<b>Card Number:</b>	089199247	<b>Mother Name (Ar):</b>	موزة
<b>Title:</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	الإمارات العربية المتحدة	<b>Family ID:</b>	401000510
<b>Title(Ar):</b>		<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	
<b>Issue Date:</b>	23/05/2018	<b>Date of Birth:</b>	07/01/1974	<b>Sponsor Name:</b>	
<b>Expiry Date:</b>	23/05/2023	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	
<b>Marital Status:</b>	01	<b>Residency Number:</b>		<b>Residency Expiry:</b>	
<b>ID Type:</b>	ID	<b>Occupation:</b>	98	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo

Signature Image

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

7/14/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-004392

RECEIPT VOUCHER

Date: 14-07-2019

AED 5,145.00

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002506 - AMNA AL MHEIRI - 971506588867**The sum of Dhs. **Five Thousand One Hundred Fourty Five Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **5,145.00** (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 LASER 1 YEAR PKG 12 SESSION 4900 + 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@omc1.ae**  
**www.omc1.ae**

14/7/2019



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,362.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004465)

Date:22-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002506 - AMNA AL MHEIRI - 971506588867

The sum of Dhs. Two Thousand Three Hundred Sixty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,362.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date: 22-07-2019

Being 3 SESSIONS CARBON 700)+ 3 SESSIONS MESO 1200)+ 1 SESSION Pro-Facial 350)+ 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 : 1002506 - AMNA AL MHEIRI - 971506588867

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

## ورقة موافقة على علاج الميزوثيرابي

التاريخ: 12/10/2019

انا السيد/السيدة آمنة محمد سويح أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الميزوثيرابي و كل التفاصيل المتعلقة به، و الغاية من الاستخدام و على ما يحتويه.

لقد تم إبلاغي تحديدا عن ما يلي:

سوف يظهر بعد العلاج بعض من ردود الفعل او علامات من الشائع حدوثها و التي تشمل على: احمرار، تورم، شعور بالحك و الألم و سوف تكون المنطقة المحقونة طرية نوعا ما. بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة و سوف تختفي و سوف تلتئم نفسها بعد عدة أيام بعد الحقن.

يوجد بعض من ردود الفعل او العلامات النادر حدوثها و هي: قد يتحسس البعض في المنطقة المحقونة بعد يوم او يومين من يوم الجلسة. ذلك التحسس قد يحتوي على تورم و احمرار و من النادر ظهور بعض الحبوب. هذه العلامات من المحتمل ان تظهر بعد عدة أيام من جلسة الحقن بشكل معتدل الى خفيف و ستختفي بعد 5 الى 7 أيام كما ورد في تقارير سابقة.

لقد تم إبلاغي أيضا بأنه اعتمادا على المنطقة المراد حقنها و نوع البشرة و درجة المشكلة التي تعاني منها بشرتي، سوف يتم تحديده عدة جلسات (تقريبا من 4 الى 8 جلسات). المتابعة و المراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج و التصحيح.

إنني أتفهم مدى اهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او تأجيل المواعيد. وأيضا اتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبدل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور او الوصف المرفق

نعم لا

التوقيع: \_\_\_\_\_

اسم المريض: آمنة محمد سويح

التوقيع: \_\_\_\_\_

اسم المعالج: Dr. W. S. Al-M



## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز Q-Switch أقر أنا أصنعة علي لطهيري بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

ليزر ال ■ التقشير الكروني باستخدام لوشن الكرونيو يتيمه التقشير بالليزر هو احد الإستراتيجيات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والفتور الصبغي (البقع الحمراء والبقع غير المرغوب بها المرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إحصار الجلد، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معصهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكرون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بالإضافة لوشن الكرون مما يستهدف الأصبغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تقشير الشعر.

. إزالة فطريات الأصافر (الوضع A)

. بئر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكوتان) خلال ال6 اشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

. الأمراض الجلدية والإتهبات و الأورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإنز و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

. البهاق.

أتفهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة ان تتحقق بعد الجلسة الأولى، ولا يتضمن الطبيب رساي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الي إنهاء خطة العلاج، و انا اتفهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي لليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج.وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

أتفهم ان كما هناك منافع للإجراء المطلوب، اتفهم ان الإجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تأخر في فترة الشفاء/ الالتئام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الي فترة شفاء.

أتفهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت، تغيرات مشابهة لتغيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الي عدة أيام فقط، تغيرات صبغية ( بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الأعراض المحتملة قد تتضمن حكّة، الحكة، التهاب، ندوب أو انتفاخ.

أشعر الليزر قد تسبب ضرورا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج . و على ايضا ابتداء معقالتن اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برده فعل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة، وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتني وقد وقمت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التوقيع:

التاريخ:

اسم المريض/ولي امر المريض: أصنعة لطهيري



مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 5,145.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006555)

Date:16-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002506 - AMNA AL MHEIRI - 971506588867

The sum of Dhs. Five Thousand One Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 5,145.00

Bank: Cheque No.

Date: 16-12-2019

Being 12 SESSION FULL BODY + VAT 1 YEAR PKG

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 : 1002506 - AMNA AL MHEIRI - 971506588867

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006959)

Date:08-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002506 - AMNA AL MHEIRI - 971506588867

The sum of Dhs. Seven Hundred Thirty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 735.00

Bank: Cheque No.

Date: 08-01-2020

Being 1 SESSION PRP + BIOTIN + 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 : 1002506 - AMNA AL MHEIRI - 971506588867

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)

PPPP Treatment General Form لطلب استخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية

**Description of Treatment**

This treatment involves the collection of your blood (approximately 11 - 22 ml), then your blood is spun down using a centrifuge to separate out the plasma and platelet portion using the separator gel' as a special filter. The PPP portion of your blood is then used at the point of care to re-energize your cells into rejuvenating themselves. The product is 100% your own blood by-product (autologous). If you have any questions please do not hesitate to ask your physician or nurse.

**Side Effects**

you will likely experience mild to moderate swelling of the treated area, this will last for about 12- 24 hours; ice or cold compresses can be applied to reduce swelling if required. You may notice a tingling sensation while the cells are being activated. In rare cases skin infection may occur, which is easily treated with an anti-biotic.

**Contraindications**

You should not have PPP treatment done if you have any of the following conditions: Skin conditions and diseases including: Facial cancer, existing or uncured. This includes SCC, BCC and melanoma, systemic cancer, chemotherapy, steroid therapy, dermatological diseases affecting the face (i.e. Porphyria), Blood disorders and platelet abnormalities. Anticoagulation therapy (i.e.: Warfarin) Platelet dysfunction syndrome, critical thrombocytopenia, hypofibrinogenaemia, haemodynamic instability, sepsis, chronic liver disease, Hepatitis or any acute or chronic infections. Aspirin, Anti-inflammatory such as Nurofen, Voltaren, Diclofenac, or Naproxen etc.? St Johns Wort, Garlic, Are you currently taking, or have you recently taken (within 14 days) Vitamin E, or Fish Oil supplements that could have a thinning effect on your blood.

In case of presence of any previously mentioned contraindications please mention it here

Or Ask the doctor if you are not sure or you have any questions.

Patient's Name and Signature:

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

**وصف العلاج**

يتضمن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينة من دم المريض تساري تقريبا ( ١١ - ٢٢ ) مل. ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام سائل فاصل للتقنية بشكل خاص. ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و اعادة التنشيط لها. هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض. لذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

**الاعراض الجانبية**

قد تعاني من بعض التورم الخفيف الي المنته في المنطقة المعالجة. و قد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة المتورمة اذا تطلب الامر. من الممكن ان تشعر ببعض الحرق الخفيف بينما يتم تنشيط الخلايا. نادرا ما يصلح العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضادات الحيوية.

**موانع العلاج**

لا يجب ان تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية:  
- الامراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخلايا الحشرية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغية و سرطان الجهاز و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الاعراض الجلدية التي تسبب الوجه (مثل البروفيريا)، امراض السم و الظل في الصفائح الدموية، علاج تخثر الدم (مثل الوارفارين)، (مثل الوارفارين)  
- متلازمة خلل الصفائح الدموية، نقص الحاد في عدد الصفائح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم، عدم استقرار تلقى الدم، حالات التعفن الدموي، امراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.  
- تناول الاسبرين و مضادات الالتهاب كالتيفرون و الفيتارين و الستيرويدات و النابروكسين، أو مستحضرات التجميل، أو اذا كنت تتناول حاليا (خلال الاربعة عشر يوما الماضية) مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي الى ترقق الدم، في حالة تجميد اسد موانع العلاج التي سبق تحورها يرجى كتابة ذلك هنا

و اذا لم تكن متأكدًا أو كانت لديك أي استفسارات اسأل الطبيب المختص،

اسم المريض / التوقيع

أحمد الطهيري  
2020.1.18



I understand that due to the natural variation in quality of Platelet rich plasma, results will vary between individuals. I understand that although I may see a change after my first treatment; I may require a series of up to 6 sessions to obtain my desired outcome. The procedure and side effects has been explained to me including alternative methods; as have the advantages and disadvantages. I am advised that though good results are expected, the possibility and nature of complications cannot be accurately anticipated and that, therefore, there can be no guarantee as expressed or implied either as to the success or other result of the treatment. I am aware that the PRP treatment is not permanent as natural degradation will occur over time.

I authorize Dr. .... perform the injection of from Orchid Medical Center. perform the injection of PRP (Platelet Rich Plasma) for rejuvenation. This consent form will be valid for up to 6 applications of PRP, after which time I may be asked to compete a new form. I state that I have read (or it has been read to me) and I understand this consent and I understand the information contained in it. I have had the opportunity to ask any questions about the treatment including risks or alternatives and acknowledge that all my questions about the procedure have been answered in a satisfactory manner and that all blanks were filled in prior to my signature and I had the right to refuse the treatment. THIS CONSENT FORM IS VALID UNTIL ALL OR PART IS REVOKED BY ME IN WRITING. When completing the medical questionnaire, I have answered the personal medical history questions fully and to the best of my ability.

Patient's Name and Signature:

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

أفهم أن نتائج هذا العلاج قد تختلف من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية.

وأفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من بعد جلسة العلاج الأولى قد أحتاج حتى ٦ جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

أقر بأن هذا الإجراء الطبي وآثاره الجانبية وبيدائه الممكنة ومنافعه ومضاره قد شرحت لي بشكل كامل.

وأنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المضاعفات وطبيعتها بدقة. وبالتالي، لا توجد أي ضمانات واضحة أو ضمنية لنجاح هذا العلاج أو أي نتائج أخرى.

أدرك أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجاً دائماً لأن التراجع الطبيعي سوف يحدث مع الوقت.

أفوض الدكتور ..... من مركز أوركييد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لإعادة التضارئة. وأن هذا الإقرار والتفويض سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قادمة.

و أنني قد أحتاج لتوقيع إقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الإقرار بالكامل (أو قد تمت قراءته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و أنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الأخطار والأعراض الجانبية المترتبة عليه وخيارات العلاج البديلة له. وأن جميع أسئلتي قد أُجيبنا بشكل كامل و وافٍ وأن جميع الأجابات التي ضمنتها في الإقرار وجميع الخانات تمت أجبائها وملؤها قبل توقيعني أدناه وأنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

ان هذا الإقرار صالح بالكامل حتى ألفيه كاملاً أو جزئياً وبخط اليد.

أقر أنني قد ملأت استمارة الاستمارة الطبية و شرحت تاريخي الطبي بشكل كامل وبكامل إرادتي.

اسم المريض / التوقيع

تفيدة ظهيري

التاريخ: 2020/1/18



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-006958

RECEIPT VOUCHER

AED 4,190.00

Date: 08-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002506 - AMNA AL MHEIRI - 971506588867

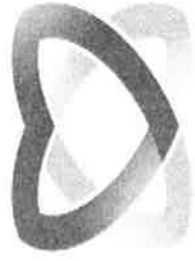
The sum of Dhs. **Four Thousand One Hundred Ninety Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **4,190.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 6 SESSIONS PRP + BIOTIN + 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

**Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007987)

Date:04-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002506 - AMNA AL MHEIRI - 971506588867

The sum of Dhs. Seven Hundred Thirty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 735.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-03-2020

Being 1 SESSION PRP + BIOTIN + 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 : 1002506 - AMNA AL MHEIRI - 971506588867

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)