



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 2017/19

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

File Number: 100.25.23

Patient Name: Nasser Al Mennani اسم المريض: ناسر المناني

Date Of Birth: 11/9/1988 تاريخ الميلاد: 11/9/1988 Gender: (M) / F الحالة الاجتماعية: (M) / F

Nationality: الإمارات العربية المتحدة الجنسية: الإمارات العربية المتحدة

Address: دبي العنوان: دبي Phone No. (رقم الهاتف): 050.8799914

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 الاجابة نعم اذكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟                                                                                   | لا              |                                                          |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟                                                                                               | لا              |                                                          |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟                                                                                                                                             | لا              |                                                          |
| Surgical Operations, Serious illness هل اجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟                                                                                     | لا              |                                                          |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب | لا              |                                                          |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟                                            | لا              |                                                          |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، لوكيميا (فقر الدم)                                                                                                                       | لا              |                                                          |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى                                                               | لا              |                                                          |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟                                                                    | لا              |                                                          |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟                                           | لا              |                                                          |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى                                                                            | لا              |                                                          |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، اي امراض معوية أخرى؟                                                                               | لا              |                                                          |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو اي امراض في الجهاز العصبي؟                                                                              | لا              |                                                          |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟                                                                                                | لا              |                                                          |
| Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟<br>HSV, HIV ...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط                                                                          | لا              |                                                          |



### 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 العلاجات و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى 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.
- أتفهم أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فحسي السلف صحيحة. و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون مراقفتي
- 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: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

|                 |     |                               |    |                            |
|-----------------|-----|-------------------------------|----|----------------------------|
| Weight (الوزن): | Kg  | Height (الطول):               | cm | Blood Type (دم فصية الدم): |
| Pulse (النبض):  | ppm | Blood Pressure (دم ضغط الدم): | /  | Blood Sugar (دم سكر الدم): |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظمي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /


**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

| DATE       | TREATMENT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PAYMENT | BALANCE | SIGNATURE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20/7/2019  | PRP Hair Pack ①<br>P. Hairgain gel<br><div data-bbox="519 945 727 1291" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">             د. وسام مروان الطباع<br/>             Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa<br/>             اختصاصي جلدية<br/>             Dermatology specialist<br/>             ترخيص رقم: V826<br/>             مركز الأوركيذ الطبي<br/>             Orchid Medical Centre           </div> |         |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 17/8/2019  | PRP Hair ②<br>next app: 14/9/19: PRP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 19/10/2019 | PRP Hair ③<br><div data-bbox="920 861 1202 1207" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">             د. وسام مروان الطباع<br/>             Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa<br/>             اختصاصي جلدية<br/>             Dermatology Specialist<br/>             ترخيص رقم: V826<br/>             مركز الأوركيذ الطبي<br/>             Orchid Medical Centre           </div>                        |         |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 8/7/2020   | PRP hair<br>Next month                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |         | <div data-bbox="1216 640 1424 976" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">             د. وسام مروان الطباع<br/>             Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa<br/>             اختصاصي جلدية<br/>             Dermatology specialist<br/>             ترخيص رقم: V826<br/>             مركز الأوركيذ الطبي<br/>             Orchid Medical Centre           </div> |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |         |         | <div data-bbox="1484 493 1691 850" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">             د. بشار علي ديب<br/>             Dr. Bashar Alidib<br/>             اختصاصي امراض جلدية<br/>             Specialist - Dermatology<br/>             ترخيص رقم: D59826<br/>             مركز الأوركيذ الطبي<br/>             Orchid Medical Centre           </div>     |

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

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            | Nasser,Musabab,Hammad,Humaid,Almemari | IDN:              | 784198810484901          | Mother Name:      | Badr Al Nissa    |
| Name (Ar)       | ناصر مصباح حماد حميد المصيري          | Card Number:      | 093976643                | Mother Name (Ar): | بدر النساء ليسان |
| Title:          |                                       | Nationality (Ar): | ARE                      | Family ID:        | 202025017        |
| Title(Ar):      |                                       | Nationality (Ar): | الإمارات العربية المتحدة |                   |                  |
| Issue Date:     | 07/04/2019                            | Sex:              | M                        | Sponsor Type:     |                  |
| Expiry Date:    | 07/04/2029                            | Date of Birth:    | 18/09/1988               | Sponsor Name:     |                  |
| Marital Status: | 03                                    | Husband IDN:      |                          | Sponsor Number:   |                  |
| Residency Type: |                                       | Residency Number: |                          | Residency Expiry: |                  |
| ID Type:        | ID                                    | Occupation:       |                          | Occupation Field: | 00               |



Photo

Signature Image

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

7/20/2019



قرار بالعلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية PRP Treatment Consent Form

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 PRP 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 PRP 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, hyponatremia, 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 كمية من دم المريض تساوي تقريبا ( ١١ - ٢٢ ) مل.  
ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام سائل قائل التفتيح بشكل خاص.  
ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و إعادة النضارة لها.  
هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض.  
إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

الاعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الخفيف الى المتوسط في منطقة المعالجة. وقد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة. ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة التورمة إذا تطلب الأمر. من الممكن أن تشعر ببعض الحزب الخفيف بينما يتم تنشيط الخلايا. نادرا ما يصاحب العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضادات الحيوية.

موانع العلاج

لا يجب أن تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية:  
- الأمراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخلايا الحشرية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغرى و السرطان الجهازي و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الأمراض الجلدية التي تسبب الوجه (مثال: البروفيريا)، أمراض الدم و الخلل في الصفائح الدموية. علاج حثرت الدم (مثال: الوارفارين)  
- متلازمة غل الصفيائح الدموية، نقص الحديد في عدد الصفائح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار تدفق الدم، حالات التشنج الدموي، أمراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.  
- تناول الأسبرين و مضادات الالتهاب كالتيفرين و الفيتارين و الستيرويدات و الثابروتكسين أو مستحضرات الفم. أو إذا كنت تتناول حاليا (خلال الأربعة عشر يوما الماضية) مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي إلى ترقق الدم. في حالة وجود أحد موانع العلاج التي سبق ذكرها يرجى عناية ذلك هنا

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

اسم المريض / التوقيع

التاريخ: .... / .... / .....



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,732.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004443)

Date: 20-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002523 - NASER AL MEMARI - 971508799914

The sum of Dhs. One Thousand Seven Hundred Thirty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,732.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 20-07-2019

Being 3 SESSION PRP FOR HAIR + 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 : 1002523 - NASER AL MEMARI - 971508799914

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 1,575.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-009962

Date: 08-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002523 - NASER AL MEMARI - 971508799914**

The sum of Dhs. **One Thousand Five Hundred Seventy Five Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,575.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **advance for 3 sessions prp hair + 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**



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009963)

Date:08-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002523 - NASER AL MEMARI - 971508799914**

The sum of Dhs. **Five Hundred Twenty-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 **525.00**

Bank: \_\_\_\_\_ Cheque No. \_\_\_\_\_

Date: **08-07-2020**

Being **prp hair + 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 : **1002523 - NASER AL MEMARI - 971508799914**

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