



File No: 1002545

Date: 23/7/2019

Date: 23/7/2019

File Number: 1002545

Patient Name: Ehsan Saeed

اسم المريض: عسان سعيد

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 28/03/15

Gender (الجنس): M (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية):

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Dubai

Phone No. (رقم الهاتف): 050 885 3837

E-MAIL: es.bahar@hmc.ae

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 أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟ | — | |
| 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 امراض؟ | — | |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب | — | |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟ | — | |
| Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لو كيميا (سرطان الدم) | — | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى | — | |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟ | — | |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | Yes | |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى | — | |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟ | — | |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟ | — | |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية؟ | — | |
| Other conditions HSV, HIV... etc | — | هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط 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 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 الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات 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 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 فتحتي للملف صحيحة. و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستنفى 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 بون السن القانونية):



التاريخ: 2019/07/23

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

الجراحات السابقة، عمليات المستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization

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



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟

دائماً الاحترق , قليلة الاسمرار
 دائماً الاحترق , عديدة الاسمرار
 قليلة الاحترق , دائماً الاسمرار
 نادراً الاحترق , دائماً الاسمرار

هل ظهرت لديك علامات ندوب أو جيرة؟ نعم / لا

هل ظهر لديك حلا بسيط أو بقع أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا

هل تناولت عقار الاكيتان / اليسوتريونين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا

هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلوكوليك أو الهيدروكورتون في منطقة العلاج؟ نعم / لا

هل قمت بنقف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطه العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحمسة شمسية؟ نعم / لا

هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا

هل لديك أي وشم / ناتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا

هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هورمونية؟ نعم / لا

ماهي المنتجات التي تستخدمها ليشربك حاليا؟

هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا

السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا

هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ 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 , patients 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.

أقر أنا بذلك أنني مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر. وأنهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قوتها على انهاء الشعر. وأنهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتف قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إطفاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسيات و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
- أنهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.
- الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نفس 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 للإستسار و توفيق الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قرأته لي. و أنني تجاوزت القائمة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

Name and Signature

Date / /

التاريخ 2017/7/23

اسم المريض: **عاسد ساعد**

اسم المريض:

File Number:

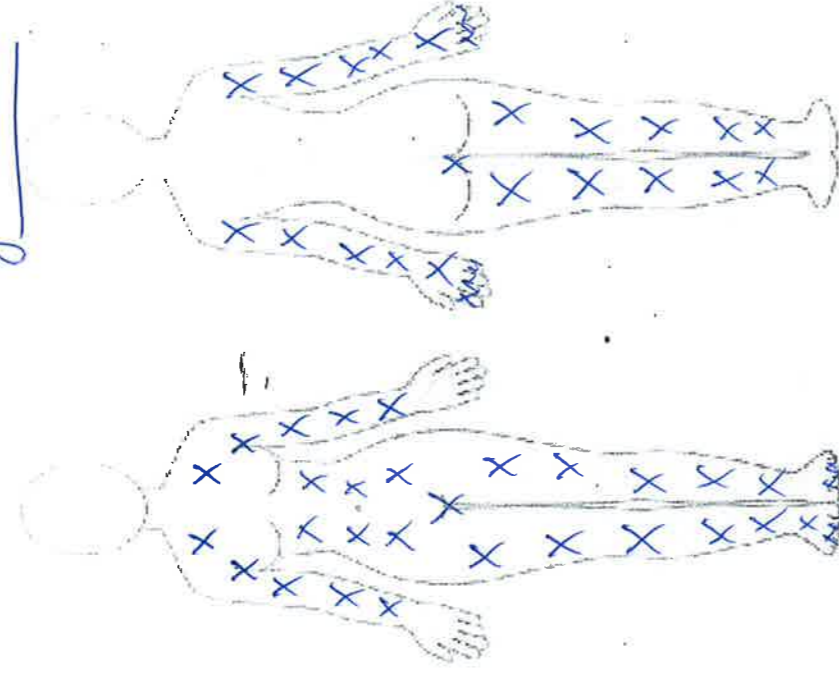
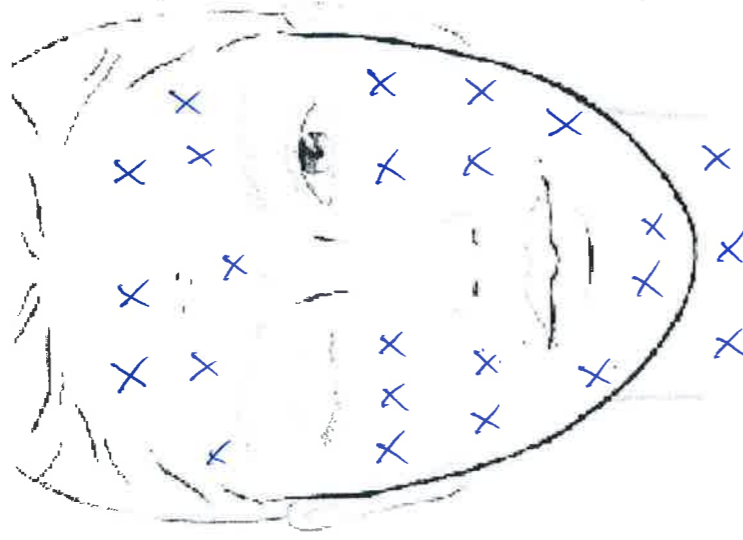
Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No

رقم الملف: **1002545**

Very sensitive skin



| | Session 1 | Session 2 | Session 3 | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|----------------|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Treatment Date | 23/07/19 | 17/8/19 | 14/9/19 | 12/10/19 | | |
| Treatment Area | Full Body (front) | full body | full body | full body | | |
| Hair Type | Medium | M | M | | | |
| Mode | DPI / FDP | DPI / FDP | DPI / FDP | DPI / FDP | | |
| Fluence | 16J/BURST | 16J/Bu | 16/Bu | 16/Bu | | |
| Pulse Type | 5J/SHORT | 5/6 | 5/6 | 5/5 | | |
| CNT Pulse | 2 | 2 | 2 | 2 | | |
| Passes | 7:30 PM | 3:30 PM | 7:45 PM | 7:30 PM | | |
| Starting Time | 9 PM | 5 PM | 9 PM | 9 PM | | |
| Finish Time | HIRUDOID | | | | | |
| Post Treatment | | | | | | |

Therapist Name and Signature

23/07/2019

LASER PACKAGE TERMS AND CONDITIONS

- If patient will cancel appointment or not showing on her appointment session will be considered as used and she will lose it.

- If patient want to delay or cancel session should be informing us minimum before 48 hrs

- Payment will not be refundable or exchangeable if patient did any session or if passed 48 hrs from payment date.

I here by agrees to the above terms and conditions and sign below:

Patient Name: Elisa

Signature: 

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

| | | | | | |
|-----------------|---------------------------------|-------------------|-----------------|-------------------|------------|
| Name | Ehsan,Saeed,Awadh,,Ba Hareth | IDN: | 784198886268378 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | احسان سعيد عوض باحارث | Card Number: | 092807945 | Mother Name (Ar): | |
| Title | | Nationality: | YEM | Family ID: | |
| Title (Ar): | | Nationality (Ar): | اليمن | | |
| Issue Date: | 25/01/2019 | Sex: | F | Sponsor Type: | 08 |
| Expiry Date: | 21/01/2022 | Date of Birth: | 15/03/1988 | Sponsor Name: | |
| Marital Status: | 01 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 00 |
| Residency Type: | 07 | Residency Number: | 20120197114721 | Residency Expiry: | 21/01/2022 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 5162 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

7/23/2019



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,620.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004475)

Date:23-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002545 - EHSAN SAEED - 971508853837

The sum of Dhs. Four Thousand Six Hundred Twenty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 4,620.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 23-07-2019

Being **PACKAGE FOR FULL BODY + FRONT LHR (12 SESSIONS) + 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 : 1002545 - EHSAN SAEED - 971508853837

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