



File No:

Date: 30/7/19

Date: ... / ... /

File Number: 2002588

Patient Name: Aisha Saleh Al-Hamedy

إسم المريض: عائشة صالح الحمادي

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 19/5/2000

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): جزيرى

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): السيف برفج

Phone No. (رقم الهاتف): 0528905000

E-MAIL: Aishah.bs@egmail.com

How did you know about us: sister

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

Def:



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: ... / ... /

التاريخ: ... / ... /

نموذج لقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أقرض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم إي ضمانات أو تأمين لتتأخر العلاجات و الإجراءات الطبية أو 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 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحتي الملف الصحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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):

•

•

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 (تعاطي 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

CAEAI0EBAA830DQyM

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	Aysha,Saleh,Suleiman,Al Hamadi	IDN:	784200093740650	Mother Name:	
Name (Ar)	عائشة صالح سليمان، الحمادي	Card Number:	091636836	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	COM	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	جزر القمر	Sponsor Type:	03
Issue Date:	06/11/2018	Sex:	F	Sponsor Name:	صالح سليمان محمد الحمادي
Expiry Date:	05/11/2021	Date of Birth:	14/05/2000	Sponsor Number:	25863238
Marital Status:	01	Husband IDN:		Residency Expiry:	05/11/2021
Residency Type:	03	Residency Number:	10120093065983	Occupation Field:	00
ID Type:	IL	Occupation:	99		



Photo

Signature Image

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

7/30/2019

precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف لنوع بشرتك؟

دائما الاحترق , little tanned
 دائما الاحترق , Never Tanned
 قليلة الاحترق , Always Tanned
 نادرا الاحترق , Rarely Tanned

هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدر؟ نعم / لا لا

هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو قروح في منطقة العلاج؟ نعم / لا لا

هل تناولت عقار الكويتران/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا لا

هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدوكينون في منطقة العلاج؟ لا

هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا لا

متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لاضحة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحضرة تسمير؟ دائما... لا

هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا لا

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

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

ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها لشركت حاليا؟ لا

هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا لا

السيدات فقط: هل أنت حامل؟ نعم / لا لا

هل قمت سابقا بإجراء مكيح دائم للوجه؟ نعم / لا 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 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
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المشهور.

و أتفهم أن اضاءة الليزر تنتج طبقا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. و أتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع الشعر والشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و اني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتق و التقف و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و اني اختبرت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تفقت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 اسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع او التقف قبل العلاج ب 6 اسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكيح الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الكويتران خلال الست اشهر الماضية و اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه 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 ستتلاشى خلال بضع ساعات التي عدة أيام بعد العلاج. نفس أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تنوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الي المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع

.....
.....

التاريخ

2019 / 7 / 30

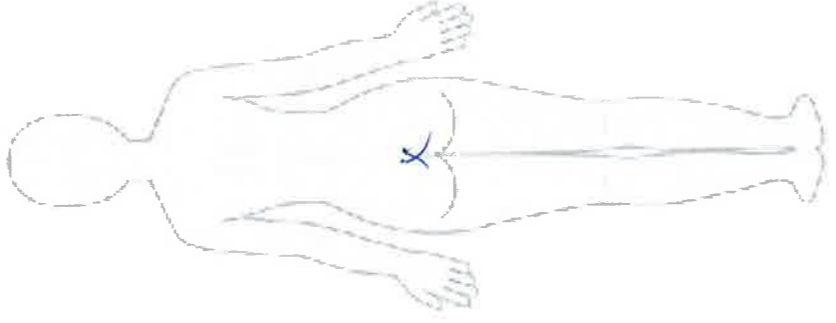
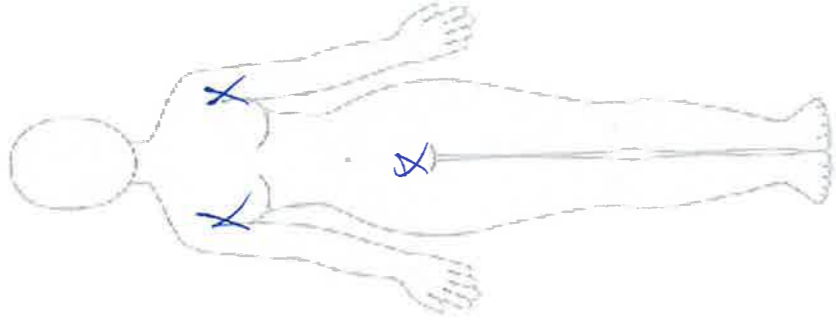
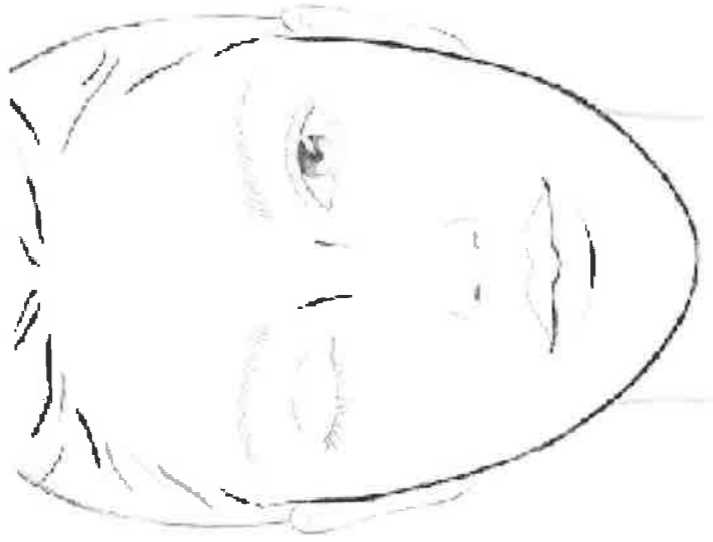
اسم المريض: **AISHA SALEHI**

رقم الملف:

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	2017/19	3/18/19	30/11/19	7/1/20	11/02/20	16/03/20
Treatment Area	axilla	axilla and bikini	VA, bikini full	VA, bikini thick thin	Same	Same
Hair Type	1B/20ms	1B/18ms	VA → BJ/17.5ms (Alex 16mm)	Alex (16mm) VA → BJ/10ms	U.A - Alex U.A - Alex	U.A - Alex
Mode	ND/144	NO spray	Bikini (16mm) Yay	VA - BJ/10ms	8J/12ms	8J/10ms
Pulse Type			Yay	Blink/15/17	Blink	Blink
CNT Pulse			14J/20ms	Yay - 16mm	Blink - VAGI	Blink
Passes	1	1			14J/18ms	NDVAG - MeasSoft
Starting Time	5:20 PM	5 PM	7pm	6 PM	15J/16.5ms	
Finish Time			7:20pm	6:25PM	HIRUDOID	HIRUDOID
Post Treatment	Hirudoid	Hirudoid	Hirudoid	Hirudoid		
	Bees	Bees				

Therapist Name and Signature



مركز أوركيديك الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

Date:30-07-2019

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004557)

AED 141.75

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002588 - AISHA saleh - 971528905005

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

By Cash 141.75 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Date: 30-07-2019

Bank: Cheque No.

Being UNDER ARM LASER + VAT 10 % DISCOUNT HOMAT AL WATAN

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 : 1002588 - AISHA saleh - 971528905005

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

United Arab Emirates
Ministry of Defence
G.H.Q. Armed Forces



دولة الإمارات العربية المتحدة
وزارة الدفاع
القيادة العامة للقوات المسلحة



حماة الوطن

Homat Al Watan



Valid Thru 25/02/2019

احمد محمد المنصوري

AHMED MOHAMMAD ALMANSOORI

111 138 76 41



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 787.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-004915

Date: 31-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002588 - AISHA saleh - 971528905005**

The sum of Dhs. **Seven Hundred Eighty Seven and Five Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **787.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

eing **ADVANCE FOR LASER PKG 6 SESSIONS BIKINI + 6 SESSIONS UNDER ARMS + 6 SESSIONS FULL FACE 1500)+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

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

www.omc1.ae



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-006275)

Date: 30-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002588 - AISHA saleh - 971528905005

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 787.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 787.50

Bank: Cheque No.

Date: 30-11-2019

Being she take 6 sessions axilla + full face + 6 bikini + 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 : 1002588 - AISHA saleh - 971528905005

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