



File No: 1002595

Date: 31/7/2019

Date: 31/7/2019 File Number: 1002595

Patient Name: Alyaa Neamah اسم المريض: عاليا نعام

Date Of Birth: 12/1/1977 Gender: M / F الحالة الاجتماعية: متزوجة

Nationality: عربية / قطرية Occupation: معلمة

Address: Al-Jahra / Al-Jahra Phone No. (رقم الهاتف): 0564539797

E-MAIL: alyaaah@igmail.com 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 انكر 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 أمراض؟	✗	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	✗	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	✗	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	✗	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	✗	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	✗	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	✗	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	✗	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	✗	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	✗	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	✗	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الهلا البسيط HSV, HIV...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 حائتي 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 يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص 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 لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حائتي 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 فتحي للعلف صحية. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحائتي 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 بأكمل ارادتي
- انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد
- توقيع المريض / ولي الأمر (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ١٤ / ١٠ / ٢٠١٤

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 ، ابحال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة والسريية General & Clinical Findings

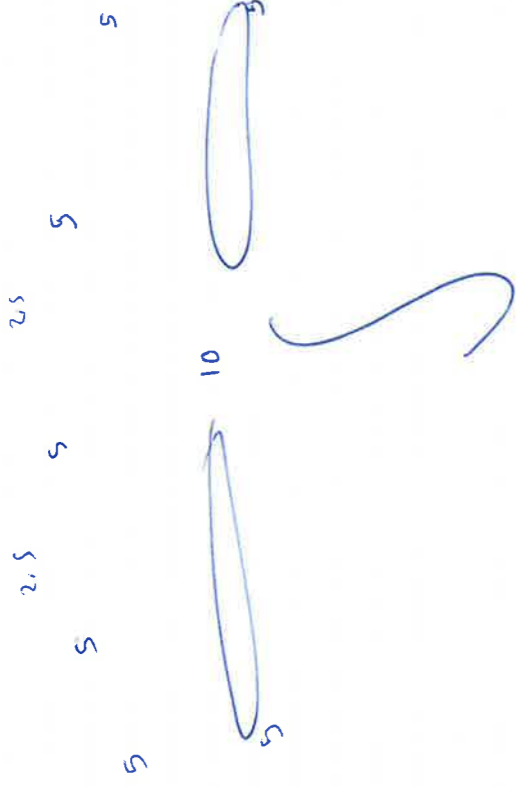
الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

5 5 2.5 5 2.5 5 5 10 5 5



Doctor's Signature and Stamp

.....





Kindly Answer the following Questions Precisely

Are you pregnant or breast feeding? Yes / No	هل أنت حامل أو ترضع بالإرضاع حالياً؟ نعم <input checked="" type="radio"/> لا
Do you have a history of allergy or anaphylaxis? Yes / No	هل لديك أي حساسية؟ نعم <input checked="" type="radio"/> لا
Are you currently receiving any Medical Treatment? Yes / No	هل تتلقى أي علاجات حالياً؟ نعم <input checked="" type="radio"/> لا
if Yes, provide more details.....	إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....
Have you previously recieved any aesthetic treatment? Yes / No	هل قمت سابقاً بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا
if Yes, provide more details.....	إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل..... <i>جوز تكسيس</i>
Have you ever done any treatment with botox or filler? Yes / No	هل قمت سابقاً بأي علاج باستخدام البوتوكس أو الفيلر؟ نعم / لا
if yes, provide more details .....	إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل..... <i>جوز تكسيس فقط</i>
What Areas are treated and when?.....	ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟ <i>فيلر اسنت</i>
Did you suffer any side effects after treatment?.....	هل عانيت من أي أعراض جانبية بعد العلاج؟ <i>X</i>
Have you ever suffered from any auto immune disease? Yes / No	هل عانيت من أي أمراض مناعية؟ نعم <input checked="" type="radio"/> لا
Do you have any skin infections or inflammations? Yes / No	هل تعاني من أي التهابات أو أمراض جلدية؟ نعم <input checked="" type="radio"/> لا
Do you take any aspirin, steroids or anticoagulant? Yes / No	هل تتناول أي ستيرويدات أو أسبرين أو مميعات الدم؟ نعم <input checked="" type="radio"/> لا
Do you have any allergy, specially to Hyaluronic acid, Amide Local Anesthesia or Lidocaine? Yes / No	هل تعاني من أي حساسية خصوصاً تجاه حمض الهيالورونيك أو التخدير الموضعي أو الليدوكين؟ نعم <input checked="" type="radio"/> لا
Do you suffer of Hypertrophic Scarring? Yes / No	هل تعاني من تضخم الندب؟ نعم <input checked="" type="radio"/> لا
Do you suffer any cardiac disorders? Yes / No	هل تعاني من أي مشاكل أو أمراض قلبية؟ نعم <input checked="" type="radio"/> لا
if Yes, provide more details.....	إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....

I hereby consent that I have come to orchid medical center for Treatment with Botox / Filler.

I understand this is an elective procedure and I hereby voluntarily consent to treatment with dermal fillers for facial rejuvenation, lip enhancement, establish proper lip and smile lines, and replacing facial volume. or remove any unwanted wrinkles around eyes and forehead. The procedure has been fully explained to me. I also understand that any treatment performed is between me and the doctor/healthcare provider who is treating me and I will direct all post-operative questions or concerns to the treating clinician. I have read the above and understand it. My questions have been answered satisfactorily. I accept the risks and complications of the procedure and I understand that no guarantees are implied as to the outcome of the procedure. I also certify that if I have any changes in my medical history I will notify the doctor/healthcare professional who treated me immediately.

Patient Name and Signature

.....

Date: / /

أقر أنني قد حضرت إلى مركز أوركيد الطبي للحصول على العلاج باستخدام حقن البوتوكس والفيلر.

أفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري وأنني قد وقعت هذا القرار بإرادتي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر/البوتوكس لإعادة التفتيح للوجه وتحسين مظهر الشفاه وتغيير مظهرها أو إعادة تصاريف الوجه. أو إخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة وحول العين.

أقر أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل وأنني سوف أوبخ جميع الأسئلة والاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد المعالجة.

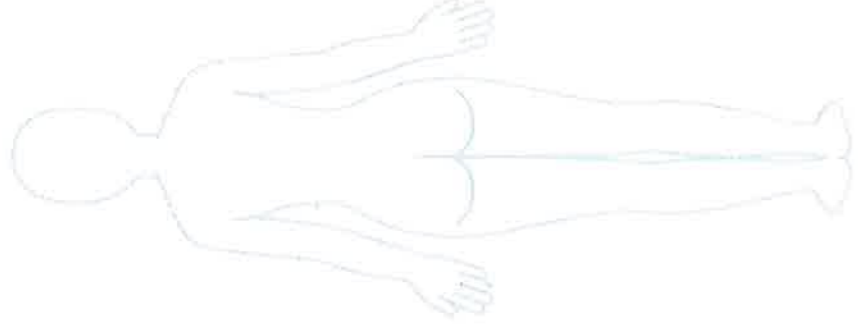
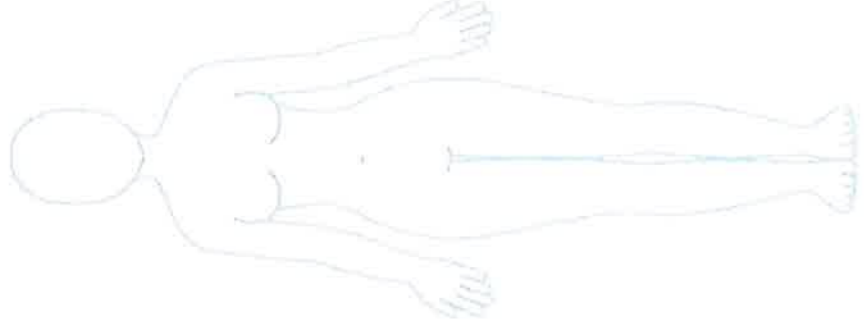
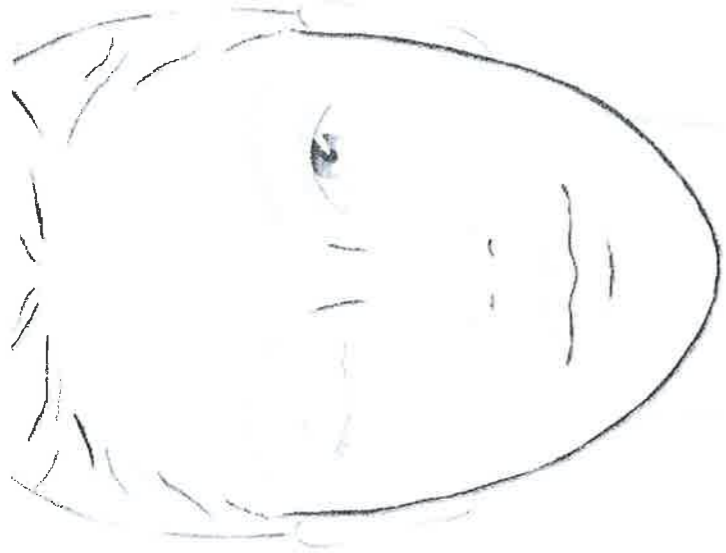
أقر أنني قد قرأت مضمون هذا لقرار والتقييم (أو تمت قرأته لي وأنا على علم بمحتواه) وأن جميع أسئلتني واستفساراتي قد أجيبته بالكامل وبشكل مرضي.

أقر أنني على علم بكامل الاخطار والمضاعفات التي قد تنتج عن هذا العلاج وأفهم أن لا ضمانات قد قدمت لي لنتائج هذا الإجراء الطبي.

وأشهد أنني قد أعطيت المعلومات في هذا النموذج بشكل كامل وصحيح وأنني أتحمل مسؤولية التبليغ في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

اسم المريض و التوقيع

.....



**Filler Injection Log**

Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

**Botox Injection Log**

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....

United Arab Emirates



دولة الإمارات العربية المتحدة

Resident Identity Card

بطاقة هوية مقيم



ID Number / رقم الهوية  
784-1977-1438190-8



الإسم: عنياء رياض عزيز صالح نعمه

Name: Alyaa Riyadh Aziz Saleh Neamah

Nationality: Iraq

الجنسية: العراق



Sex: F الجنس: أنثى

Date of Birth 31/12/1977 تاريخ الولادة

Signature / التوقيع

Expiry Date / الإنتهاء تاريخ الإنتهاء

22/08/2020

رقم البطاقة / Card Number

090957361

155703/01

0E000034F7131376

عند العثور على هذه البطاقة الرجاء إرجاعها إلى جهة إصدارها أو إلى أقرب مركز شرطة

If you find this card, please return it to the issuing organization or to the nearest police station.

ILARE0909573612784197714381908  
7712315F2008228IRQ<<<<<<<<<<<<5  
NEAMAH<<ALYAA<RIYADH<AZIZ<SALE



مركز أوركيديك الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,890.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004566)

Date: 31-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002595 - ALYAA NEAMAH - 971564539797

The sum of Dhs. One Thousand Eight Hundred Ninety Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 1,890.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 31-07-2019

Being LIPS FILLER (1 ML) + BOTOX (0.6) + 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 : 1002595 - ALYAA NEAMAH - 971564539797

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

[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)