



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 4/8/19

Date: ... / ... /

File Number: 1002628

Patient Name:

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 15/11/1999

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): M

Nationality (الجنسية): Saudi

Occupation (الوظيفة): Assistant manager

Address (العنوان): Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 502901368

E-MAIL: Fatima.garges@gmail.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 الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	Yes	Veitman
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	No	



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 ترويدي 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 أي ضمانات أو تأمين لتتابع 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 للعمليات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب أو القوم أو النزيف أو الألم أو الصلابة

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 قسفي الملف صحيحة. و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار 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 (فصية 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 ، اإخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (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

.....



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

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عدم الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلاً بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الإيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquenon on Site?Yes/ No	هل استخدمت ريتين اي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدوكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في سطة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? No	متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك اي وشعم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?	ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حالياً؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقاً 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.

Name and Signature

Date

... / ... /

أقر أنا أوافق على إجراء إزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المذكور.

و أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طبقاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعمل قدرتها على إنهاء الشعر.

و أتفهم ان 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 إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف و الكرمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني 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 تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً و يشمل ذلك العلاجات و الحساسيات و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجاسة 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 ستلاشى خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص 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 أتيح لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغي السن القانوني.

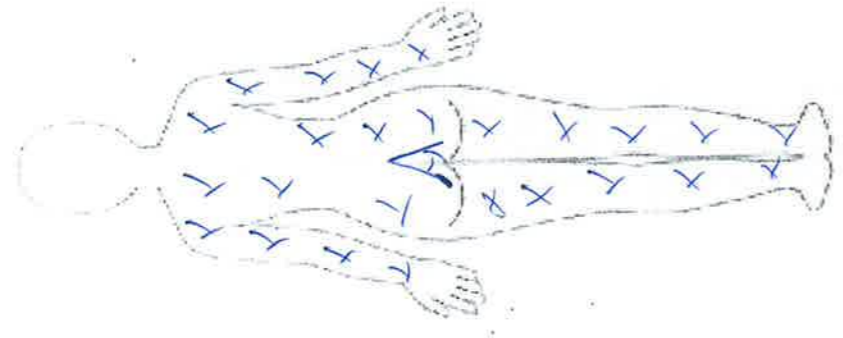
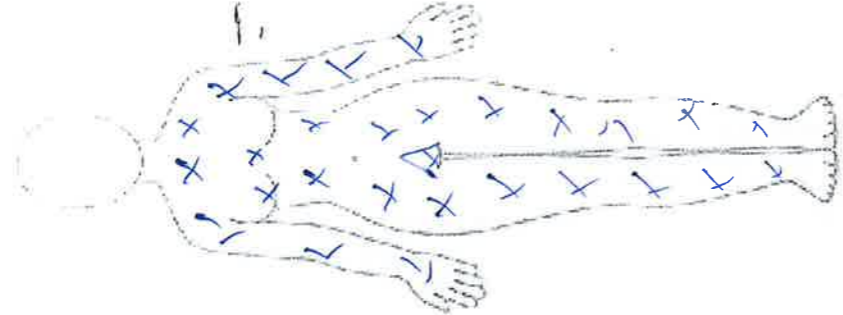
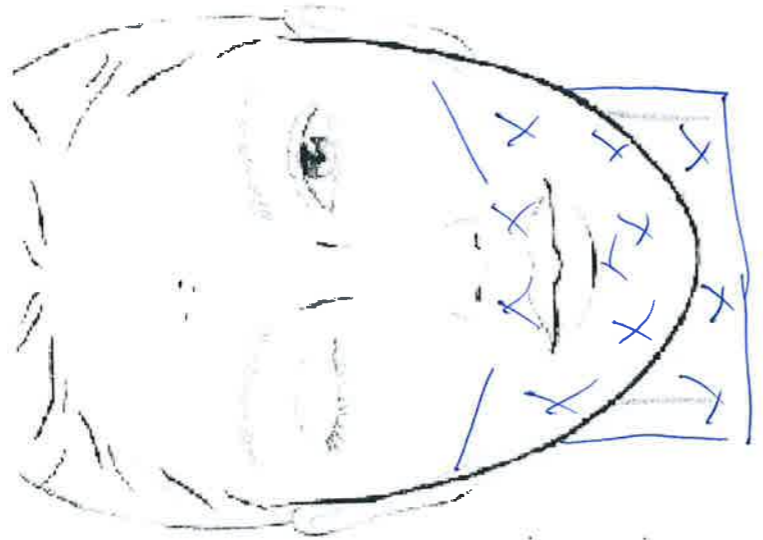
الاسم و التوقيع

.....

التاريخ

... / ... /

Patient's Name: Fatma Sagar
 File Number:
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	21/8/19					
Treatment Area	Full body +					
Hair Type	M/S/Dark					
Mode	Alex 20					
Fluence	8/10-12					
Pulse Type	YAG 12/20					
CNT Pulse						
Passes	1					
Starting Time	3pm					
Finish Time	4:45pm					
Post Treatment	Hypoderm Bee					

Therapist Name and Signature

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO

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	Fatima, Taisir, Jazar	IDN:	784199571075854	Mother Name:	
Name (Ar)	فاطمة تيسير جزار	Card Number:	093265209	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	21/02/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	07/02/2022	Date of Birth:	15/11/1995	Sponsor Name:	سجيع احمد نور الدين
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	42843651
Residency Type:	03	Residency Number:	20120133028335	Residency Expiry:	07/02/2022
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/4/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 997.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004639)

Date: 04-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002628 - FATIMA 0 - 971502904368

The sum of Dhs. Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 397.50 / By Credit Card 600.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-08-2019

Being FULL BODY PLUS + 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 : 1002628 - FATIMA 0 - 971502904368

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



استمارة الموافقة على التلقيح

اسم العيادة: _____
عنوان العيادة: _____
اسم المريض: _____
تاريخ الميلاد:/...../..... إذا كان أقل من 24 شهراً، هل قاموا بأخذ جرعات التطعيم [نعم] [لا]
عنوان المريض: _____

رقم الجوال: _____ البريد الإلكتروني: _____

رقم التلقيح

رمز المنتج

أصرح بموجبي بأن يتم عمل قنق لي/لطفلي/لطفدي _____ ، ولقد قرأت وفهمت المعلومات التالية المهمة جداً المتعلقة بالحد من أو تقليل المشاكل بعد قنق الجسم والرعاية أثناء وبعد قنق الجسم. وبموجب توقيعني أثناء فإنتني أقر بما يلي:

- أنا/هو/هي ليس تحت رعاية طبيب/أطباء عن أي حالة طبية أو خلقتها تمنع إجراء قنق الجسم.
- أنا/هو/هي لا أعاني/نعاني من أي من أمراض السكري أو الصرع أو نقص المناعة المكتسبة/اللايزر أو الهيموفيليا أو النوخة أو أي من أمراض القلب، كذلك لا أقع تحت تأثير وصفة بوانية أو دواء مننظم مثل أدوية سيولة الدم.
- أنا لمست تحت تأثير المخدرات أو الكحول ولست حاملاً.
- تم إبلاغي عن عملية التلقيح وتم منحي نسخة من إرشادات الرعاية بعد التلقيح وقد قرأتها وفهمتها. أدرك أن إرشادات الرعاية بعد التلقيح تختلف استناداً على ما إذا كان التلقيح في ففص الأذن أو عضروف الأذن أو الألف أو البطن أو السررة. لقد إطلعت على الاختلافات.
- أدرك احتمال حدوث عدوى بسبب سوء النظافة الصحية أو حساسية المعادن أو لأي اسباب أخرى.
- ولكن العدوى الأكثر شيوعاً ترجع إلى الفقل في اتباع إرشادات الرعاية الموصى بها بعد التلقيح.
- أفهم وأدرك أن قنق الأذن في عضروف الأذن قد ينطوي على خطر أكبر في الإحمرار والتورم والعدوى بسبب طبيعة منطقة قنق الأذن وأوافق على هذا الخطر بكامل إدراكي.
- أدرك أنه بسبب طبيعة التلقيح وتعرض المناطق التي تم تلقيحها حديثاً لبينات محدثة مثل السباحة والمشاركة في الفعاليات الرياضية فقد يزيد احتمال حدوث عدوى.
- التزم بالتقيد بإرشادات الرعاية الموصى بها بعد التلقيح.
- في حالة قنق البطن/السررة أدرك أن بشرتي/جسمي قد يرفض المعن الخارجي مما قد يتسبب في انغلاق القنق.
- أبلغ من العمر أكثر من _____ سنة أو في حال الموافقة نيابة عن قاصر لم يبلغ سن التأهل أقر بأنني والد أو ولي الأمر القانوني لتلك القاصر وأدرك أن توقيع القاصر يعتبر من أصل التزوير.

بموجب التوقيع على استمارة الموافقة على تلقيح الجسم، أقر بموجبي أنني أدرك إجراءات الرعاية بعد التلقيح وخطر العدوى. وبما أنني أدرك المخاطر فإنتني أوافق على أن يتم تلقيحي/تلقبي/تلقبي ابنتي/تلقبي ابني _____ إلى المدى المسموح به بموجب القانون، وأتحمل طواعية كافة المسؤولية تقوم بتلقيحي/تلقبي ابني/ابنتي _____ من قبل مهني طبي في هذه العيادة وأوافق تجاه العيادة بأن أعن أي إصابة أو فقدان من أي نوع قد ترتبط بإجراءات التلقيح. وإذا كنت أوقع بصفتي والد أو ولي أمر قانوني نيابة عن قاصر فسوف أتحمل المسؤولية وأقوم بتعويض العيادة وموظفيها والشركة المصنعة والموردين والموزعين وكذلك أدرك أن إبلائي بأي إفادة كاذبة بشكل يشكل تزويراً.

توقيع المريض/الوالد/ولي الأمر القانوني (إذا كان المريض تحت السن القانونية، فيجب التوقيع ههنا بواسطة الوالد أو ولي الأمر القانوني):

التاريخ: _____

المهني الطبي: _____

التاليح: _____

نسخة العيادة



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004662)

Date:06-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002628 - FATIMA 0 - 971502904368

The sum of Dhs. **Two Hundred Sixty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **262.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 06-08-2019

Being **Pro-Facial treatment + 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 : 1002628 - FATIMA 0 - 971502904368

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 630.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004664)

Date:06-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002628 - FATIMA 0 - 971502904368

The sum of Dhs. Six Hundred Thirty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 630.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-08-2019

Being EAR PIERCING + BELLY PIERCING + VAT

Made by Hilba

- 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 : 1002628 - FATIMA 0 - 971502904368

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