



File No: .....

Date: 5/8/19

Date: ... / ... / ..... File Number: 1002635  
Patient Name: Sara Mahd Hamad اسم المريض: .....  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 13/1/2000 Gender (الجنس): M (X) F ( ) Marital Status: (الحالة الاجتماعية): .....  
Nationality (الجنسية): Lebanese Occupation (الوظيفة): .....  
Address (العنوان): ..... Phone No. (رقم الهاتف): 05055766981  
E-MAIL: ..... How did you know about us: .....

| التاريخ الطبي Medical History   |                    |   |
|---|--------------------|---|
| الحالة الطبية Medical Condition   | Yes/No<br>نعم / لا | If 'YES' give details<br>إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment<br>هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديداً؟  | X                  |   |
| Corticosteroids/Immunosuppressant<br>هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟   | X                  |   |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟  | X                  |   |
| Surgical Operations, Serious illness<br>هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟   | X                  |   |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease<br>جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | X                  |   |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants<br>هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟  | X                  |   |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم) لو كيميا  | X                  |   |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other<br>أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى   | X                  |   |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease<br>هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟  | X                  |   |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems<br>هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟   | X                  |   |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases<br>التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى   | X                  |   |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other<br>قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟   | X                  |   |
| Epilepsy, or any other neurological disease<br>هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟  | X                  |   |
| Thyroid Diseases, Diabetes<br>هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟  | X                  |   |

هذه



### 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 إقرار طبي

أوافق وأسمح 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 الأفضل والخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكره في الفحص  
الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة والطلوية بحكم  
خبرته المهنية والعلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو نتائج للعلاج والإجراءات الطبية أو التجميلية  
المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي  
المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات  
العلاجية والجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية قد تقوي الي 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 والتاريخ الطبي الذي قدمت لي قسحي الملف صحيحة و  
أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون  
موافقتي

أقر ان لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و  
انني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و انني 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: .... / ... / .....

عبدالله

## استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

### المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

### سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

.....

.....

.....

|   |                         |
|---|-------------------------|
| Disease History (التاريخ المرضي):                                   | .....                   |
| Allergies (الحساسيات):  | .....                   |
| Medications (الأدوية):  | .....                   |
| Pregnancy (الحمل):  | .....                   |
| Previous Surgeries, Hospitalization (عمليات سابقة، إدخال المستشفى): | .....                   |
| 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

.....

.....

.....









يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟

Always Burned , little tanned  
 Always Burned, Never Tanned  
 Little Burned, Always Tanned  
 Rarely Burned, Always Tanned

Have you ever had Scars or keloids? Yes / No  
 لا / لا

Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No  
 لا / لا

Have you Taken Akutan or Isotretinone in the last 6 months? Yes/ No  
 لا / لا

Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes / No  
 لا / لا

Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No  
 لا / لا

Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No  
 لا / لا

Do/ Did you use any tanning products? Yes / No  
 لا / لا

Do you Have any tattoos on site? Yes / No  
 لا / لا

Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No  
 لا / لا

What products you are using for your skin recently? .....  
 لا / لا

Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No  
 لا / لا

For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No  
 لا / لا

Have you done any permanent make up? Yes / No  
 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 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 ..... مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المؤقت.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصابع الموجودة في بصيلة الشعر تعمل قدرتها على انهاء الشعر.

وأفهم 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 بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف و الكريمات 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 الحساسية 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.

أفهم 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 ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

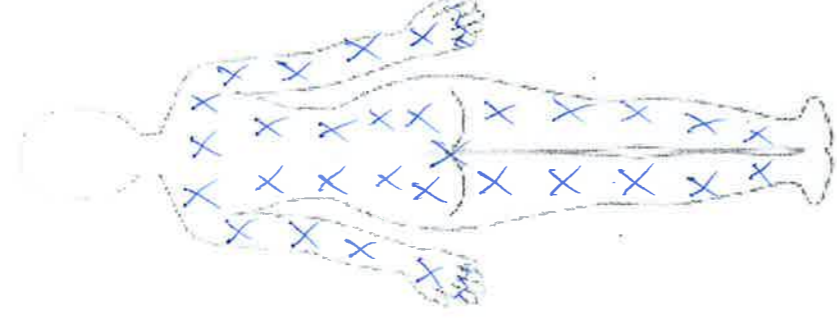
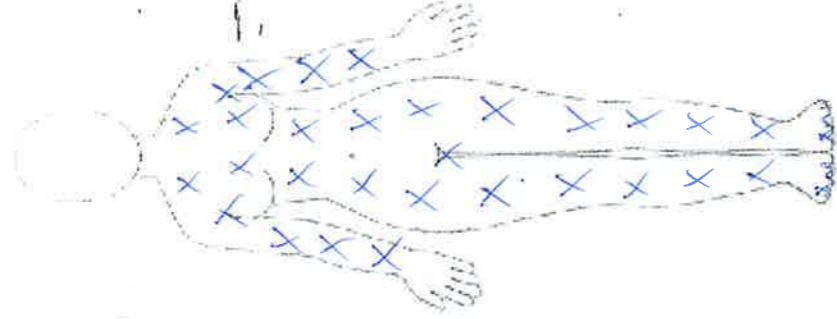
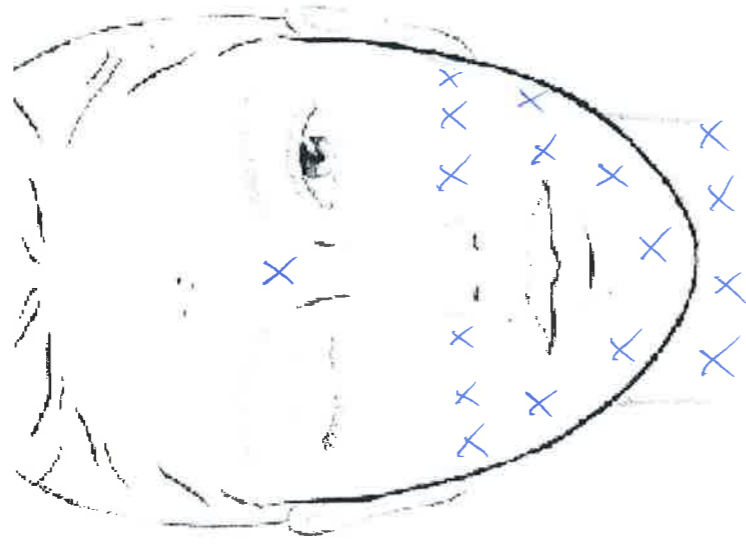
أقر أنه قد أتيحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ

... / ... / .....

Patient's Name: .....إسم المريض.....  
 File Number: .....رقم الملف.....  
 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 | 05/08/19    | 10/09/19  |           |           |           |           |
| Treatment Area | Full body + | Same      |           |           |           |           |
| Hair Type      | Coarse      | Medium    |           |           |           |           |
| Mode           | DPI/FDP     | DPI/FDP   |           |           |           |           |
| Fluence        | 20J/SHORT   | 20J/SHORT |           |           |           |           |
| Pulse Type     | 5-6J        | 5-6J      |           |           |           |           |
| CNT Pulse      |             |           |           |           |           |           |
| Passes         | 2           | 2         |           |           |           |           |
| Starting Time  | 5 pm        | 4 pm      |           |           |           |           |
| Finish Time    | 7 pm        | 6 pm      |           |           |           |           |
| Post Treatment |             |           |           |           |           |           |

Therapist Name and Signature .....

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQyMI

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            | Sara,Mohamad,,Hamad | IDN:              | 784200053970487 | Mother Name:      |                |
| Name (Ar)       | سار و محمد , , حمد  | Card Number:      | 092592088       | Mother Name (Ar): |                |
| Title:          |                     | Nationality:      | LBN             | Family ID:        |                |
| Title(Ar):      |                     | Nationality (Ar): | لبنان           |                   |                |
| Issue Date:     | 14/01/2019          | Sex:              | F               | Sponsor Type:     | 03             |
| Expiry Date:    | 12/01/2021          | Date of Birth:    | 13/01/2000      | Sponsor Name:     | احمد بيج حمدان |
| Marital Status: | 01                  | Husband IDN:      |                 | Sponsor Number:   | 53495611       |
| Residency Type: | 03                  | Residency Number: | 20120183404398  | Residency Expiry: | 12/01/2021     |
| ID Type:        | IL                  | Occupation:       | 99              | Occupation Field: | 00             |



Photo

Signature Image

SARA

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

8/5/2019





مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004655)

Date: 05-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002635 - SARA MOHAMMED - 971505766981

The sum of Dhs. **Eight Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **892.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 05-08-2019

Being **FULL BODY PLUS VIKINI + 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 : 1002635 - SARA MOHAMMED - 971505766981

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

ورقة الموافقة على التشخيص الكيميائي

التاريخ: 2019 / 8 / 18

أنا أخول \_\_\_\_\_ لتطبيق \_\_\_\_\_ على \_\_\_\_\_ لنضارة بشرتي وعلاجها من  
التصبغات وآثار الحبوب والتجاعيد.  
أتفهم جيدا بأن هذا الاجراء اختياري بحت, وأن النتيجة قد تختلف من شخص لأخر والعلاجات المتعددة  
قد تكون ضرورية.

أتفهم بأنه:

من المحتمل حدوث بعض المضاعفات التي قد تكون نادرة لكن محتملة.

ظهور بعض الاعراض الجانبية الشائعة كاحمرار مؤقت, حرق بسيط وقد يستمر لمدة 3 إلى 4 ساعات  
أو لعدة أيام.

تصبغات متغيرة تشمل هايبربيجمنتيشن (فتيح للبشرة) أو ( غامقان بالبشرة) وقد تستمر لمدة 1 إلى  
6 اشهر أو أكثر.

بعض الاعراض المحتملة الاخرى كشعور بالحك, ألم, حرق, التهاب, تقشير, تورم, من المحتمل ايضا  
عدم الحصول على النتيجة المتوقعة أو المرغوب بها.

أتفهم بأنه عند تعرضي للشمس أو جهاز التشمس وعدم الالتزام بإرشادات العناية المطلوبة أتباعها قد  
تزيد من فرصة حدوث مضاعفات.

إرشادات قبل وبعد العلاج و اجراءات العلاج تم شرحها لي بالكامل من الفوائد المحتمل الحصول عليها  
والمضاعفات . لقد تمت الاجابه على جميع تساؤلاتي وأنا أوافق بشدة على تطبيق العلاج.

إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء  
أو تأجيل المواعيد. وايضا أتفهم أن المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي/ تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج, ولن يتم التعرف على هويتي  
من الصور أو الوصف المرفق نعم لا

التوقيع

اسم المريض / الضامن & العلاقة





التوقيع

اسم الدكتور / المعالج



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004785)

Date:18-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002635 - SARA MOHAMMED - 971505766981

The sum of Dhs. **Five Hundred Twenty-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **525.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 18-08-2019

Being **HALF LEGS CHEMICAL PEEL + 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 : 1002635 - SARA MOHAMMED - 971505766981

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