



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002691

Date: ١٧ / ٩ / ٢٠١٩

Date: ... / ... / .....	File Number: 1002691
Patient Name: Raja Hater	اسم المريض: راجا هاتير
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ١٧ / ١١ / ١٩٦٠	Marital Status: (الحالة الاجتماعية):
Nationality (الجنسية): سعودي	Gender (M / F):
Address (العنوان):	Phone No. (رقم الهاتف): 0506109702
E-MAIL:	How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History	
المرض الطبي Medical Condition	Yes/No نعم / لا
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 مبيعات للدم؟	✓
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا	✓
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، 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 ملاح 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 السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	✓
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الأبتز، فيروس الحلا البسيط	✓



### 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 القرار 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 لتتابع 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 والإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي قمعي الملف صحيحة. و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفصاح عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا القرار و أن 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History: التاريخ المرضي:	
Allergies: الحساسية	
Medications: الأدوية	
Pregnancy: الحمل	
Previous Surgeries, Hospitalization: عمليات سابقة، إيداع المستشفى	
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N
	Drugs (مخدرات): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis







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	Raja,Morei,Raja,,Hasan	IDN:	784198431506876	Mother Name:	
Name (Ar)	رجا مطيع رجا حسن	Card Number:	084351559	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	12/07/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	08/07/2020	Date of Birth:	28/11/1984	Sponsor Name:	مؤسسة زايد العليا للرعاية الانسانية وذوى الاحتياجات الخاصة
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	101200870080620	Residency Expiry:	08/07/2020
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/17/2019



precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟	<input type="checkbox"/> دائماً الاحترق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائماً الاحترق , عديدة الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائماً الاسمرار <input checked="" type="checkbox"/> نادراً الاحترق , دائماً الاسمرار
هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا	لا
هل ظهر لديك حلا بسيطاً أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا	لا
هل تناولت عقار الكورتيزون/ الستيرويدات خلال الشهر الماضي؟ نعم / لا	لا
هل استخدمت ريتين أو أي منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟	لا
هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا	لا
هل قمت بتنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا	لا
هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لإشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير...؟	لا
هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا	لا
هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا	لا
هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا	لا
ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشريك حالياً؟	لا
هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا	لا
السيارات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا	لا
هل قمت سابقاً بإجراء كياج دائم للحيه؟ 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 , patient's 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

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

الإسم و التوقيع  
التاريخ  
... / ... / .....

أقر أنا ..... مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إنهاء الشعر.

وأفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة. الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسة و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخذت 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 الكامل و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الكورتيزون خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

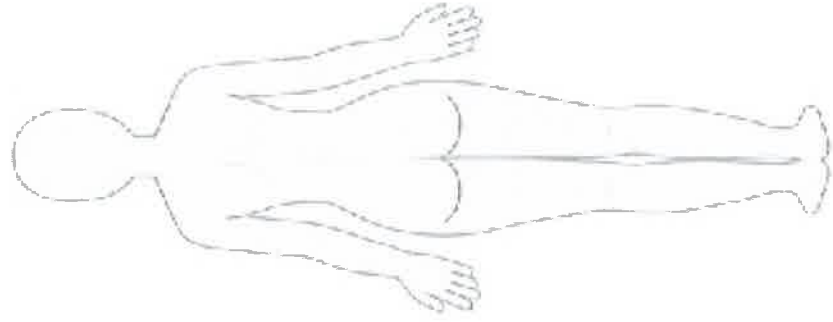
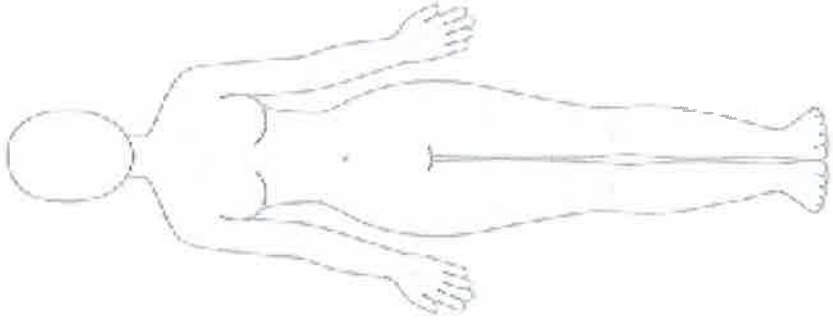
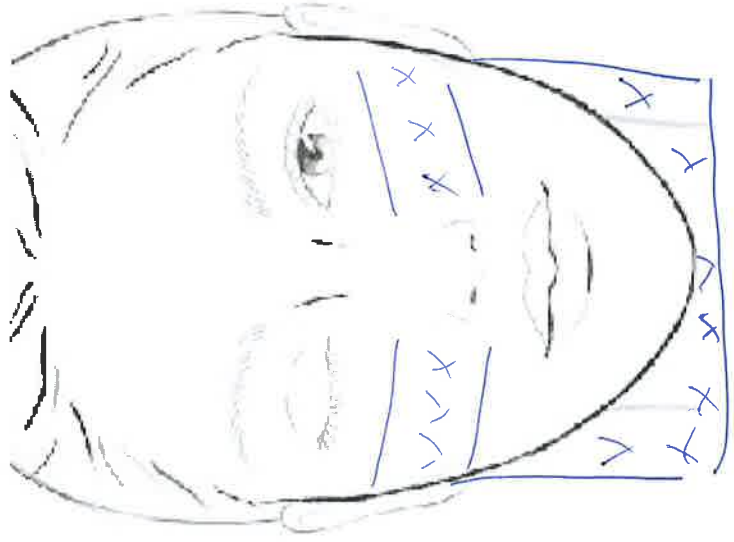
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشنجات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيت لي الفرصة للاستفسار و فوجيء الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار. أو قد تمت قرأته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري او حصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلغي السن القانوني.

الإسم و التوقيع  
التاريخ  
... / ... / .....

Patient's Name: RAJA 40 T E I ..... :اسم المريض  
 File Number: ..... رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No ..... :تخفيف الألم  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....

1002691



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	17/8/19					
Treatment Area	BEARD + NECK, THICK / DARK					
Hair Type	NO YAK (10)					
Mode	28/25MS					
Fluence						
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1					
Starting Time	2 PM					
Finish Time	2:30 PM					
Post Treatment						

*Raja*

Therapist Name and Signature .....





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004766)

Date:17-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002691 - RAJAA MOTEI - 971506109702

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 210.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 17-08-2019

Being BEARD LINE+ NECK + 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 : 1002691 - RAJAA MOTEI - 971506109702

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