



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: ١٥٠٥٢٧٢٤

Date: 2١/8/2019

Date: 2١/8/2019 File Number: ١٥٠٥٢٧٢٤  
Patient Name: Mariam Alim  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ١٩٩٥/٠٦/٢٥ Gender: M (F)  
Nationality (الجنسية): مصر Occupation: معلمة  
Address (العنوان): ١٩٩٥/٠٦/٢٥  
E-MAIL: mariam.alim@orchidmc.com Phone No. (رقم الهاتف): 0543149584  
How did you know about us: N/A

| التاريخ الطبي Medical History   |                    |   |
|---|--------------------|---|
| العلة 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 حديثة؟   | No                 |   |
| Corticosteroids/Immunosuppressant<br>هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟  | No                 |   |
| Allergies<br>هل لديك أي حساسية؟   | No                 |   |
| Surgical Operations, Serious illness<br>هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟   | No                 |   |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease<br>جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | No                 |   |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants<br>هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميّعات للدم؟   | No                 |   |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)<br>انيميا (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)  | Yes                |   |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other<br>أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى   | No                 |   |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease<br>هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟  | No                 |   |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems<br>هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ملتح للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟  | No                 |   |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases<br>التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى   | No                 |   |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other<br>قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟   | No                 |   |
| Epilepsy, or any other neurological disease<br>هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟  | No                 |   |
| Thyroid Diseases, Diabetes<br>هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟  | No                 |   |
| Other conditions<br>هل تعاني من أي أمراض أخرى؟<br>HIV...etc<br>فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc   | 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 تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا 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 لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما تفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما 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 الالام 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 قدمت لي قسمي الملف صحيحة. و تفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون مراقبتي
- 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

2019/8/21

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

|                       |                               |                         |
|-----------------------|-------------------------------|-------------------------|
| Weight (الوزن): 50 Kg | Height (الطول): 170 cm        | Blood Type (دمية الدم): |
| Pulse (النبض): ppm    | Blood Pressure (دمية الدم): / | Blood Sugar (سكر الدم): |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

بلازما للفر.

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





REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

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            | Mariam Mohamad, Yusuf Alin | IDN:              | 784199535174363 | Mother Name:      |                 |
| Name (Ar)       | مريم محمود يوسف عطين       | Card Number:      | 089824351       | Mother Name (Ar): |                 |
| Title           |                            | Nationality:      | SOM             | Family ID:        |                 |
| Title (Ar):     |                            | Nationality (Ar): | الصومال         |                   |                 |
| Issue Date:     | 04/07/2018                 | Sex:              | F               | Sponsor Type:     | 03              |
| Expiry Date:    | 23/05/2021                 | Date of Birth:    | 25/10/1995      | Sponsor Name:     | محمود يوسف عطين |
| Marital Status: | 01                         | Husband IDN:      |                 | Sponsor Number:   | 03742958        |
| Residency Type: | 03                         | Residency Number: | 20120153095118  | Residency Expiry: | 23/05/2021      |
| ID Type:        | IL                         | Occupation:       | 11              | Occupation Field: | 00              |

Photo



Signature Image

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

8/21/2019



PPRP Treatment Consent Form الترخيص باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية بالعلاج

Description of Treatment

This treatment involves the collection of your blood (approximately 11 - 22 ml), then your blood is spun down using a centrifuge to separate out the plasma and platelet portion using the separator gel as a special filter. The PRP portion of your blood is then used at the point of care to re-energize your cells into rejuvenating themselves. The product is 100% your own blood by-product (autologous), if you have any questions please do not hesitate to ask your physician or nurse.

Side Effects

you will likely experience mild to moderate swelling of the treated area, this will last for about 12- 24 hours; ice or cold compresses can be applied to reduce swelling if required. You may notice a tingling sensation while the cells are being activated. In rare cases skin infection may occur, which is easily treated with an anti-biotic.

Contraindications

You should not have PRP treatment done if you have any of the following conditions: Skin conditions and diseases including: Facial cancer, existing or uncured. This includes SCC, BCC and melanoma, systemic cancer, chemotherapy, steroid therapy, dermatological diseases affecting the face (i.e. Porphyria), Blood disorders and platelet abnormalities, Anticoagulation therapy (i.e.: Warfarin) xofibrinogenaemia, haemodynamic instability, sepsis, chronic liver disease, Hepatitis or any acute or chronic infections. Aspirin, Anti-inflammatory such as Nurofen, Voltaren, Diclofenac, or Naproxen etc.?, St Johns Wort, Garlic, Are you currently taking, or have you recently taken (within 14 days) Vitamin E, or Fish Oil supplements that could have a thinning effect on your blood.

In case of presence of any previously mentioned contraindications please mention it here

Or Ask the doctor if you are not sure or you have any questions.

Patient's Name and Signature:

Date: ... / ... / .....

وصف العلاج

يتضمن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينة من دم المريض تساوي تقريبا (١١ - ٢٢) مل. ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام سائل فاصل التفتيح بشكل خاص. ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و إعادة النضارة لها. هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض. اذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

الاعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف الى المتوسط في المنطقة المعالجة. وقد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة. ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة للتورم اذا تطلب الأمر. الحرقشة و سرطانات الخاوي القاعدية و سرطانات الخاوي الصغية و السرطان الجهازي و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الامراض الجلدية التي تصيب الوجه (مثل البروفيرا)، امراض الدم و الخلل في الصفائح الدموية. علاج تخثر الدم (مثل الوارفارين)

موانع العلاج

لا يجب أن تلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية:  
- الامراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخاوي الحرقشة و سرطانات الخاوي القاعدية و سرطانات الخاوي الصغية و السرطان الجهازي و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الامراض الجلدية التي تصيب الوجه (مثل البروفيرا)، امراض الدم و الخلل في الصفائح الدموية. علاج تخثر الدم (مثل الوارفارين)  
- متلازمة خلل الصفائح الدموية، نقص الحديد في عدد الصفائح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار تنفق الدم، حالات التفقع المسموي، امراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.  
- تناول الاسبرين و مضادات الالتهاب كالفينوفين و الفولارين و اليفكيتيكال و الثابروكسين. أو مستحضرات الفم. أو اذا كنت تتناول حاليا (خلال الاربعة عشر يوما الماضية) مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي الى ترقق الدم. هي حالة وجود احد موانع العلاج التي سبق تحريما يرجى كتابة ذلك هنا

و اذا لم تكن متأكدًا أو كانت لديك أي استفسارات اسأل الطبيب المختص،

اسم المريض / التوقيع

التاريخ: ... / ... / .....



I understand that due to the natural variation in quality of Platelet rich plasma, results will vary between individuals. I understand that although I may see a change after my first treatment; I may require a series of up to 6 sessions to obtain my desired outcome. The procedure and side effects has been explained to me including alternative methods; as have the advantages and disadvantages. I am advised that though good results are expected, the possibility and nature of complications cannot be accurately anticipated and what, therefore, there can be no guarantee as expressed or implied either as to the success or other result of the treatment. I am aware that the PRP treatment is not permanent as natural degradation will occur over time.

I authorize Dr. .... from Orchid Medical Center, perform the injection of PRP (Platelet Rich Plasma) for rejuvenation. This consent form will be valid for up to 6 applications of PRP, after which time I may be asked to compete a new form. I state that I have read (or it has been read to me) and I understand this consent and I understand the information contained in it. I have had the opportunity to ask any questions about the treatment including risks or alternatives and acknowledge that all my questions about the procedure have been answered in a satisfactory manner and that all blanks were filled in prior to my signature and I had the right to refuse the treatment. THIS CONSENT FORM IS VALID UNTIL ALL OR PART IS REVOKED BY ME IN WRITING. When completing the medical questionnaire, I have answered the personal medical history questions fully and to the best of my ability.

Patient's Name and Signature:

Date: ... / ... / ....

أتفهم أن نتائج هذا العلاج قد تختلف من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية.  
وأتفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من بعد جلسة العلاج الأولى قد أحتاج حتى ٦ جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

أقر بأن هذا الإجراء الطبي و آثاره الجانبية و بدائله المحكّة و منافعه و مضاره قد شرحت لي بشكل كامل.  
و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المضاعفات و طبيعتها بدقة. و بالتالي، لا توجد أي ضمانات واضحة أو ضمنية لنجاح هذا العلاج أو أي نتائج أخرى.  
أدرك أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجاً دائماً لأن التراجع الطبيعي سوف يحدث مع الوقت.

أفوض الدكتور ..... من مركز أوركيد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لإعادة النضارة، و ان هذا الاقرار و التوقيع سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قادمة.  
و أنني قد أحتاج لتوقيع اقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الاقرار بالكامل (أو قد تمت قراءته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.  
و أنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الاخطار و الاعراض الجانبية للتربة عليه و خيارات العلاج البديلة له. و أن جميع أسئلتي قد أجيببت بشكل كامل و وافي و أن جميع الاجابات التي ضمنتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملؤها قبل توقيعني أدناه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

ان هذا الاقرار صالح بالكامل حتى أُلغيه كاملاً أو جزئياً و بخط اليد.

أقر أنني قد ملأت استمارة الاسئلة الطبية و شرحت تاريخي الطبي بشكل كامل و بكامل ارادتي.

اسم المريض / التوقيع

فولج هجود يصفى

التاريخ: ... / ... / ....



التاريخ: / /

الموضوع: لا مانع من التصوير و النشر

أنا الموقع أدناه علي محمد حيدر لا مانع لدي من تصوير و نشر صور او فيديو لي تم تصويره داخل مركز أوركيذ الطبي على حسابات مركز أوركيذ الطبي على وسائل التواصل الاجتماعية و الانترنت ولهم كامل الموافقة في النشر.

الاسم: علي محمد حيدر

التوقيع: 