



File No: .....

Date: 28/8/19

Date: 28/8/19  
File Number: 1007760  
Patient Name: SARA ETAYEB T. ABAD AHMED  
اسم المريض: سارة عبد العزيز أحمد  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 11/12/81 Gender (الجنس): M / F  
Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Doctor  
Nationality (الجنسية): Sudanese  
الوظيفة: Doctor  
Address (العنوان): ...  
Phone No. (رقم الهاتف): 0508947524  
E-MAIL: Sara.eltayeb@orchidmedicalcenter.com  
How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	No
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 روماتيزم، 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 مبيعات للدم؟	No
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	Yes chest disease not on chronic medication
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت 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 السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc	No

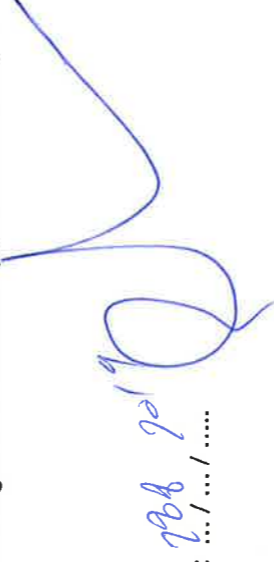


### Medical Consent Form

- 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 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 لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الاجراءات 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 قدمته لدي قمضي الملف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ينبغي سرياً 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 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 (دم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم):	/	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، الميغال للمستشفى		
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N	Drugs (المنشآت): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

خطة العلاج Treatment Plan

2 2 2 2 2 2  
 2 2 2 2 2 2  
 S S S S S S

*(Handwritten signature)*

د. وسام مروان الطباع  
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
 اخصائي جلدية  
 Dermatology specialist  
 ترخيص رقم: V826  
 MOH License No.: V826  
 Orchid Medical Centre

Doctor's Signature and Stamp

.....



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	Sara,Eltayeb,Elobaid,,Ahmed	IDN:	784198146937044	Mother Name:	
Name (Ar)	سارة الطيب العبيد , احمد	Card Number:	092559913	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SDN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	السودان		
Issue Date:	13/01/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	05/01/2022	Date of Birth:	01/01/1981	Sponsor Name:	وزارة الصحة مستشفى القاسمى الشارقة
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	30120157092102	Residency Expiry:	05/01/2022
ID Type:	IL	Occupation:	2221	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

8/28/2019



PPR Treatment Consent Form بالصفائح الدموية بالبلازما المنفصلة

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) Platelet dysfunction syndrome, critical thrombocytopenia, hypofibrinogenemia, 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.

وصف العلاج

يتضمن العلاج باستئصال البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينة من دم المريض تستوي 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 انقسامها لهذا الغرض. هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض. اذا كان لديك اي اسئلة او استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص او اي من موظفي المركز.

الاعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف الي المتوسط في المنطقة المعالجة. و قد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة المتورمة اذا تطلب الامر. من الممكن ان تشعر ببعض الحرق الخفيف بينما يتم تشييط الخلايا. نادرا ما يصاحب العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضادات الحيوية.

موانع العلاج

- لا يجب ان تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية: الامراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخلايا الحرشفية وسرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغوية و السرطان الجهازي و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الامراض الجلدية التي تسبب الوجه (مثل البروفيريا)، امراض الدم و الظل في الصفائح الدموية، علاج نخثر الدم (مثال، الوارفارين)
- متزامنة خلال الصفائح الدموية، نقص الحديد في عدد الصفائح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار تلقى الدم، حالات التعفن الدموي، امراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.
- تناول الاسبرين و مضادات الالتهاب كالتيرفين و النيتارين و الستيرويدات و الستيرويدات. او مستحضرات التجميل. او اذا كنت تتناول حاليا (خلال الازمة) حشر بيضا الماشي) مكملات غذائية مثل فيتامين E او زيت السمك الذي قد يؤدي الي ترقق الدم في حالة وجوده. عدم تناول العلاج بالدم سبق تحريما يرجى كتابة ذلك هنا

Patient's Name and Signature:

SARA ELTAHER  
Date: 2018.1.2019

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 that, 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.

أفهم أن نتائج هذا العلاج قد تتفاوت من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية.

وأفهم 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 وآثاره الجانبية وبيدائله الممكنة ومناقضه ومضاره قد شُرحت لي بشكل كامل.

وأنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المضاعفات وطبيعتها بدقة. وبالتالي، لا توجد أي ضمانات واضحة أو ضمنية لنجاح هذا العلاج أو أي نتائج أخرى.

أفهم أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجاً دائماً لأن التراجع الطبيعي سيحدث مع الوقت.

أفوض الدكتور.....

من مركز أوركيد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لإعادة النضارة. وأن هذا الإقرار والتفويض سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قائمة.

و أنني قد أحتاج لتوقيع أقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الإقرار بالكامل (أو قد تمت قراءته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و أنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لشرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الأخطار والأعراض الجانبية المترتبة عليه وخيارات العلاج البديلة له. وأن جميع أسئلتي قد أُجيب بشكل كامل وواضح وأن جميع الإجابات التي ضمنتها في الإقرار وجميع الخانات تمت إجابتها وملاها قبل توقيعني أثناءه وأنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

إن هذا الإقرار صالح بالكامل حتى ألقيه كاملاً أو جزئياً وبخط اليد.

أقر أنني قد ملأت استمارة الاستمارة الطبية وشرحت تاريخي الطبي بشكل كامل ويكامل أرائتي.

Patient's Name and Signature:

D. SARAH ETTAKES

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

26/8/2019

اسم المريض / التوقيع

التاريخ: ... / ... / ...





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

### Piercing Consent Form

Clinic Name: ORCHID MEDICAL CENTRE  
Clinic Address: SHARJAH City: SHARJAH Country:

Customers Name: Ms. SARA EITAYEB  
Date of Birth: 11/11/1981 if under 24 months old, had their vaccination shots:  Y  N

Customer Address: \_\_\_\_\_  
Mobile: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Sterilization Lot Number 1470023217 Product Code: 1511600423  
Aug 2027

I hereby authorized to have my / my child / my grandchild \_\_\_\_\_ to be pierced, I have read and understand the following information which is very important in limiting or reducing post piercing problems during after care. By my signature below, I declare the following:

- I /He / She is not under the care of Medical Doctor/s for any medical condition or otherwise prohibiting from piercing procedure.
- I / He/ She do not suffer from Diabetes, Epilepsy, Hepatitis, HIV/AIDS, Hemophilia, Dizziness or any heart condition, further not under the influence or regular prescribe medications such as blood thinning medication.
- I am not under the influence of drugs or alcohol. I am not pregnant.
- I have been informed about the piercing procedure and given a copy of piercing after care instructions, which I have read and understand. I understand that after piercing care procedure varies depending on whether the piercing is of the ear lobe / ear cartilage / nose or belly / naval. I have noted the differences.
- I understand that the possibility of infection may exist due to improper hygiene, metal sensitivity or other causes, however the most common is due to a failure to carefully follow to recommend After Care Procedure.
- I understand and accept that ear piercing in the ear cartilage may carry a greater possible risk of redness, swelling and infection due to the nature of piercing the area of the ear and I knowingly accept this risk.
- I understand that due to the nature of the piercing, exposure of newly pierced area to certain environments such as swimming and participation in athletic events (exercising) may increase the likelihood of infection.
- I will follow Piercing after Care Procedure.
- In case of belly/naval piercing, I am aware that my skin/ body may reject the foreign metal causing for piercing to close.
- I am over the age of \_\_\_\_\_ or consent on behalf of a minor, under the age of consent, that I am the parent or legal guardian of such minor understand that a minor signing as commits an act of fraud.

**By signing this Piercing Consent Form, I hereby acknowledge** that I understand the AFTERCARE procedure and the risk of infection. Knowing the risks, I consent to having my/ daughter / son \_\_\_\_\_ pierced by a medical professional of this clinic and as consideration for the clinic agreeing to pierce my/ daughter / son \_\_\_\_\_ and to the extent permissible by law I willfully assume all responsibility for injury or loss, of any kind, that may be associated with this piercing procedure. If signing as parent or legal guardian on behalf of a minor, I will hold myself liable and will indemnify the clinic and its staff/s, manufacturer, importers, distributor, promoters and will further understand that making a false statement constitutes an act of fraud.

Customer/ Parent/ Legal guardian Signature (if customer is under the legal age, this must be signed by the parent or legal guardian) \_\_\_\_\_ Date: 28/8/19  
Medical Professional: [Signature] Date: 28/8/19

**7511-6004**  
Gold Plated  
Daisy  
Apr Crystal

**SYSTEM 75"**  
EAR PIERCING EARRINGS



Crystals are diamonds, gold plated  
ECF/DA Compliance

Material Lot Number & Exp:  
**1470023217 AUG2027**

100% PIERCERS, CA 90246-1514 U.S.A.



0 148675 169504 6

file copy, keep safe for customer records, attached products sterilization reference here.



مركز أوريد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,677.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004886)

Date: 28-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002760 - SARA ELTAYEB - 971525564478

The sum of Dhs. Two Thousand Six Hundred Seventy-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,677.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 28-08-2019

Being botox + 3 session prp face + 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 : 1002760 - SARA ELTAYEB - 971525564478

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-004887

Date: 28-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002760 - SARA ELTAYEB - 971525564478**The sum of Dhs. **One Hundred Five Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **105.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: \_\_\_\_\_ Cheque No. \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Being **ear piercing + 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

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





مركز أوركيبيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004929)

Date:31-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002760 - SARA ELTAYEB - 971525564478**

The sum of Dhs. **Three Hundred Sixty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **367.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 31-08-2019

Being **PRO FACIAL + 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 : **1002760 - SARA ELTAYEB - 971525564478**

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005270)

Date:29-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002760 - SARA ELTAYEB - 971525564478

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 105.00

Bank: Cheque No.

Date: 29-09-2019

Being EAR PIERCING + 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 :1002760 - SARA ELTAYEB - 971525564478

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