



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 المؤلف.

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 القمص 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 لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم 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 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 و التاريخ الطبي الذي قديمته لدى فتحي الملف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ١٤ / ١٠ / ٢٠٢٠
Margom

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): 87 Kg	Height (الطول): 168 cm	Blood Type (دم): A
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (دم): /	Blood Sugar (دم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History: التاريخ المرضي:	
Allergies: الحساسية	
Medications: الأدوية	
Pregnancy: الحمل	
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة , ادخال للمستشفى	
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N
	Drugs (تدخين): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis



precisely Kindly Answer the following questions *يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة

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

... / ... /

رئج

... / ... /

أنا أوافق على إجراء عملية إزالة الشعر بالليزر. أنا أفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. أفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص لاج. و اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف و الكريمات و إزالة شعر بالشع و الكي و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

باتي قد تلقيت التعليمات التالية:
- يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج. يجب تقادي إزالة الشعر بالشع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.

-لوشوم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر. يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة لأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

هم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات وصول على النتيجة المطلوبة.

عراض الجانبية
تتضمن الاعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و نقرات. و هذه الاعراض الجانبية ستلاشى خلال بضع ساعات الي عدة ايام بعد العلاج. نقص زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة

شمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
أني قد أتيت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الاسئلة الي المعالج المختص و اني قد قرأت و مت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قرأته لي. و اني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

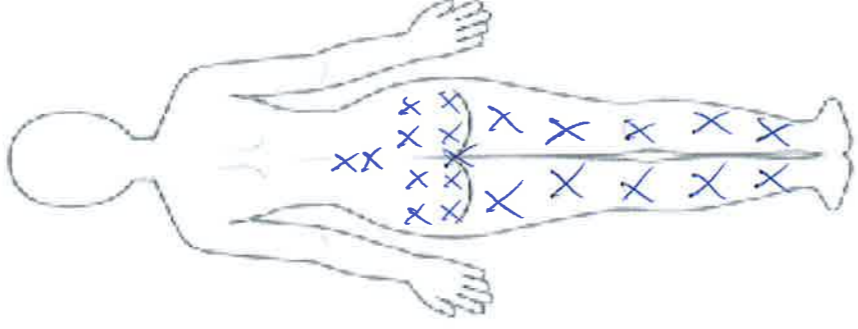
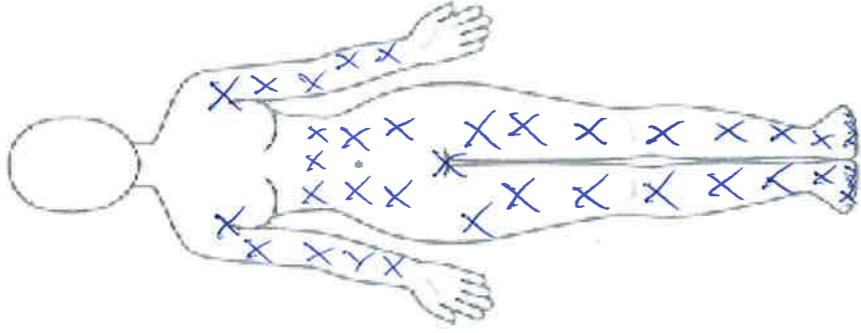
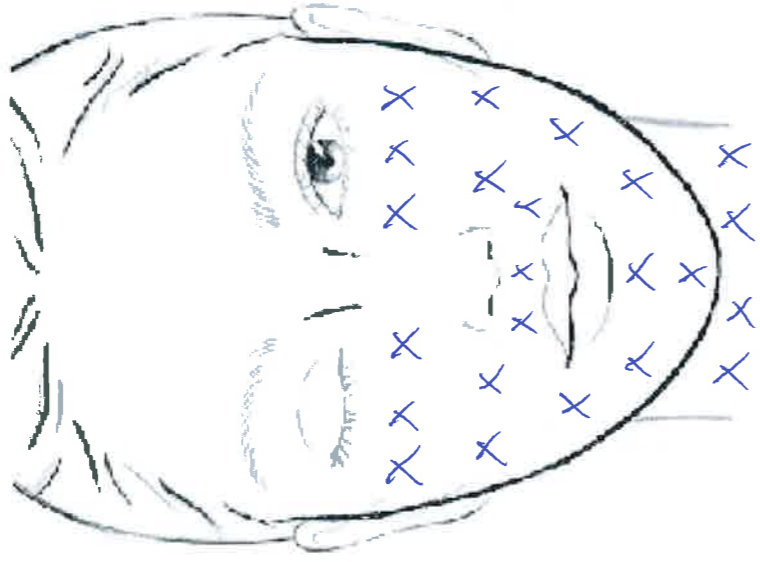
ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

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	14/09/19					
Treatment Area	Full body					
Hair Type	Coarse/Dark					
Mode	ALEX					
Fluence	85					
Pulse Type	13-12ms					
CNT Pulse						
Passes	1					
Starting Time	10:30AM					
Finish Time	12pm					
Post Treatment						

Therapist Name and Signature



مركز أوركيديك الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,102.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005082)

Date: 14-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002876 - MARIAM 00. - 971501174921

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **1,000.00** / By Credit Card **102.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 14-09-2019

Being **FULL BODY PLUS + 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 : 1002876 - MARIAM 00. - 971501174921

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