



File No:

Date: 16 / 9 / 19

| | |
|------------------------------------|--|
| Date: ... / ... / | File Number: 1002294 |
| Patient Name: Halimah Ali | اسم المريض: |
| Date Of Birth: 19 / 05 / 97 | Marital Status: (الحالة الاجتماعية): |
| Nationality: Egypt | Occupation (الوظيفة): |
| Address: Shamsa - Tafaraout | Phone No. (الرقم الهاتف): 055/2513508 |
| E-MAIL: a.s.w.a.b.f.f@no.haram.com | How did you know about us: |

التاريخ الطبي Medical History

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



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 either 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 of 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: ... / ... /

ضوابط الفوار طبي

- أوافق وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و القول.
- أتقدم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأشمل والخدمة الأفضل.
- أتقدم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمور 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 والمطلوبة بحكم خبرته المهنية والعلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو نتائج للعلاج والجراءات الطبية أو التشخيصية المقدمة لي، كما أتقدم الإخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتقدم تماما كافة الإخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والجراءات العلاجية والجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية قد تقوي الي مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتقدم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية وأن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية والتاريخ الطبي الذي قدمت لي شخصي للهدف صحيحة. و أتقدم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الفوار 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: 16 / 09 / 2019

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

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

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis



precisely Kindly Answer the following questions ثمجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة

| | |
|--|--|
| How do you better describe your skin Type ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟ | <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 هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا | <input type="checkbox"/> Yes / No |
| Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا | <input type="checkbox"/> Yes / No |
| Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No هل تناولت عقار الأكيوتان/ الإيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا | <input type="checkbox"/> Yes / No |
| Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydrocuenon on Site? Yes / No هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا | <input type="checkbox"/> Yes / No |
| Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No هل قمت بتق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا | <input type="checkbox"/> Yes / No |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? هل كانت اخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا | <input type="checkbox"/> Yes / No |
| Do/ Did you use any tanning products? Yes / No هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا | <input type="checkbox"/> Yes / No |
| Do you Have any tattoos on site? Yes / No هل لديك اي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا | <input type="checkbox"/> Yes / No |
| Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا | <input type="checkbox"/> Yes / No |
| What products you are using for your skin recently?..... ماهي المنتجات التي تستخدمها ليعزتك حاليا؟ ... | <input type="checkbox"/> Yes / No |
| Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا | <input type="checkbox"/> Yes / No |
| For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No للسيديات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا | <input type="checkbox"/> Yes / No |
| Have you done any permanent make up? Yes / No هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا | <input type="checkbox"/> Yes / No |

I hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharijah 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

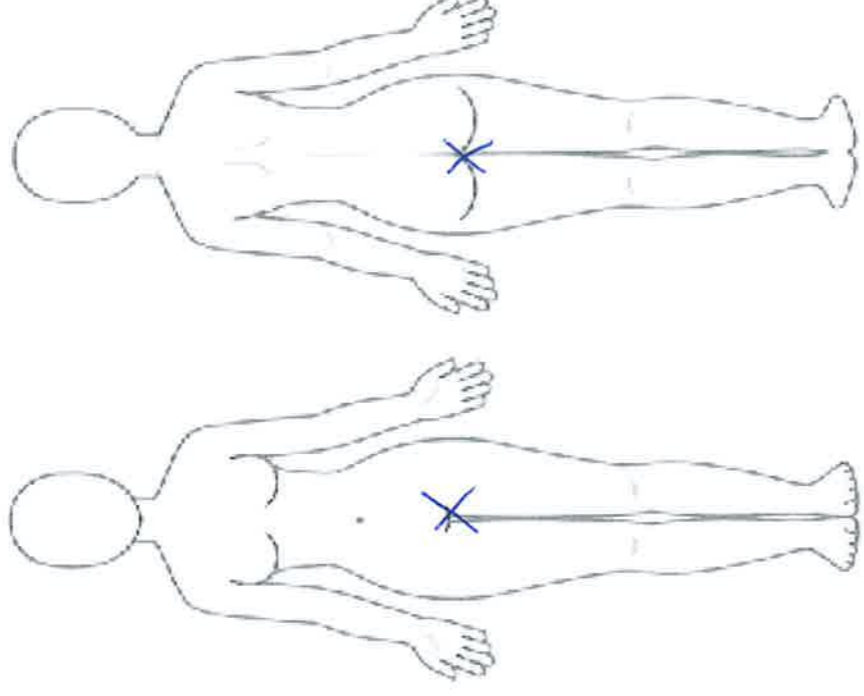
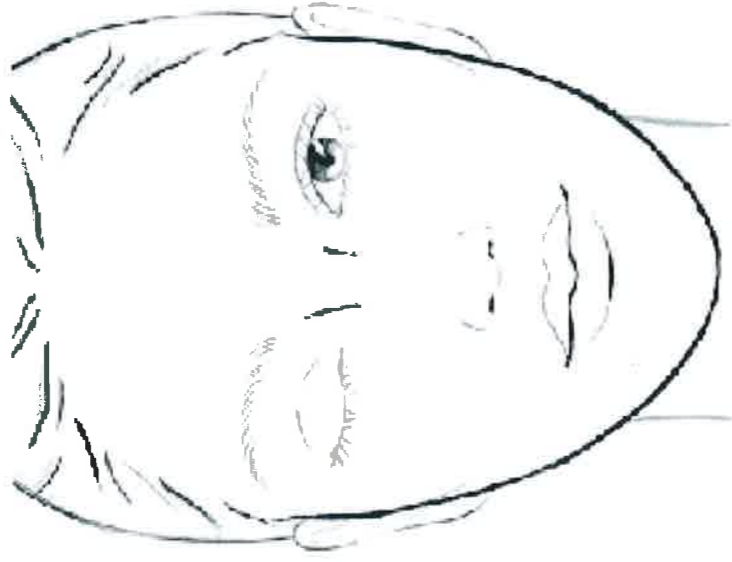
Date
... / ... /

أنا صليمة علي بقديسي الي مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر المتطور.
تفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر.
تفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع وعمر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص لاج. و اني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف و الكريما و ازالة شعر بالشمع و الكي و اني اخترت ازالة الشعر بالليزر.
باتني قد تلقيت التعليمات التالية:
: يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
جب تقادي ازالة الشعر بالشمع أو التفف قبل العلاج ب 6 اسابيع على الأقل.
لوشوم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
جب اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة لأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست اشهر الماضية أو اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة 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 نفاقتا. و هذه الاعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الي عدة ايام بعد العلاج. نقص زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
أنه قد أتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الي المعالج المختص و أنني قد قرأت و مت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت با موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

.....
صليمة علي

20.12.19.16

Patient's Name: *Halima Ali* *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 | <i>16/09/19</i> | | | | | |
| Treatment Area | <i>Bikini</i> | | | | | |
| Hair Type | <i>Coarse-Med</i> | | | | | |
| Mode | <i>NDYAG₁</i> | | | | | |
| Fluence | <i>13J/20ms</i> | | | | | |
| Pulse Type | <i>back-12/16-5</i> | | | | | |
| CNT Pulse | | | | | | |
| Passes | <i>1</i> | | | | | |
| Starting Time | <i>6:20pm</i> | | | | | |
| Finish Time | <i>6:30pm</i> | | | | | |
| Post Treatment | | | | | | |

Therapist Name and Signature

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 | Halimeh, Ali, Loobak | IDN: | 784199752968695 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | حليمه علي لوبك | Card Number: | 082418686 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | COM | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | جزر القمر | | |
| Issue Date: | 08/03/2017 | Sex: | F | Sponsor Type: | 03 |
| Expiry Date: | 05/03/2020 | Date of Birth: | 19/05/1997 | Sponsor Name: | علي عبدالله لوبك |
| Marital Status: | 01 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 05577782 |
| Residency Type: | 03 | Residency Number: | 30120113003621 | Residency Expiry: | 05/03/2020 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 11 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

9/16/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005115)

Date:16-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002894 - HALIMA ALI - 971552513508

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 16-09-2019

Being **BIKINI FRONT &BACK + 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 : 1002894 - HALIMA ALI - 971552513508

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