



File No:

Date: 18,9,19

Date: ... / ... /
Patient Name: Elham AZZALMI File Number: 1002905
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 29/12/1988 Marital Status: (الزوجة الاجتماعية): غير متزوجة اسم المريض: الدمع كرزاري
Nationality (الجنسية): السعودية Occupation (المهنة): معلمة Marital Status: (الزوجة الاجتماعية): غير متزوجة
Address (العنوان): الرياض - حي النور Phone No. (رقم الهاتف):
E-MAIL:

التاريخ الطبي Medical History		
المرض الطبي Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات 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 روماتيزم، التهاب شغف القلب، مسام قلب صناعي، أمراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميئات الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (نقر الدم)، لوكميا (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 موروثة أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مفتح للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، 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 السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions HSV, HIV...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):

ضوابط الحقو طبي

- أوافق و أسمع الطبيب بملاح حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المنطوق لها.
- أفوض الطبيب الصالح باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتاج 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 للعمليات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو النزف أو التورم أو الالم 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 قنحي الملف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا القرار و ان هذا النوع 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):

Date: ... / ... /

التاريخ: / /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg	Height (الطول): cm	Blood Type (نمط الدم):
Pulse (نبض): 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 , ادخال المستشفى:	
Smoking (التخين) : Y / N	Alcohol (الكحول) : Y / N
	Drugs (مخدرات) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

PPR Treatment Consent Form الموافقة الطبية باستخدام الصفيحة الدموية

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.

Patient's Name and Signature:

اسم المريض / التوقيع

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

التاريخ: ... / ... / ...

وصف العلاج

يقتصر العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفيحة الدموية أخذ عينة من دم المريض تساري

تقريباً (11 - 22) مل.

ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفيحة باستخدام

سائل فاصل التفتيح بشكل خاص.

ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفيحة الدموية في منطقة العلاج لتخثير الخلايا و إعادة

النضارة لها.

هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض.

إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

الإعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم اللطيف الي المتوسط في المنطقة المعالجة. و قد يشعر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة. ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة التورمة إذا تطلب الأمر. من الممكن ان تشعر ببعض الوخز الخفيف بينما يتم تنشيط الخلايا. نادرا ما يصاحب العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المعالجات الحيوية.

موانع العلاج

لا يجب ان تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفيحة الدموية في الحالات التالية:
- الأمراض الجلدية التي تتضمن مسطحات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخلايا المششقة و مسطحات الخلايا القاعدية و مسطحات الخلايا المسطحة و السرطان الجهازى و العلاج الكيماوى و العلاج بالستيرويدات و الأمراض الجلدية التي تصيب الوجه (مثل: البروفيرا).
- (مثال: الوردية)
- متكررة حال الصفيحة الدموية. التقرن الحاد في حد الصفيحة الدموية. نقص في فيبرينوجين الدم.
- عدم استقرار ترقق الدم. حالات التقرن السهول. أمراض الكبد الزرقة.
- التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.
- تناول الأسبرين و مضادات الالتهاب كالتوربين و الثوربين و الستيرويدات و الستيرويدات و تناول المسكنات الأخرى عشر يوما للتخفيف. مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك التي قد تؤدي إلى ترقق الدم في حالة وجودهم. لسد موانع العلاج تدعى سبق ذكرها يرجى كتابة ذلك هنا

و إذا لم تكن متأكدًا أو كنت لديك أي استفسارات اسأل الطبيب المختص.

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.

Patient's Name and Signature:

اسم المريض / التوقيع

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

التاريخ: ... / ... / ...

أنتهم أن نتائج هذا العلاج قد تختلف من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية.
و أنتهم انه برغم التغيير الذي قد الحظه من بعد جلسة العلاج الأولى قد أحتاج حتى ٦ جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

أقر بأن هذا الإجراء الطبي و آثاره الجانبية و بدائله الممكنة و منافعها مضاره قد شرحه لي بشكل كامل.
و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المخاسفات و طبيعتها بدقة. وبالتالي، لا توجد أي ضمانات واضحة أو ضمنية لنجاح هذا العلاج أو أي نتائج أخرى.
أترك 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 التضاراة. و أن هذا الإقرار و التوقيع 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.
وإذني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الإخطار و الأعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له. و أن جميع أسئلتي قد أجببت بشكل كامل وافر و أن جميع الأجابات التي خمنتها في الإقرار و جميع الفئات تمت اجابتها و ملأها قبل توقيعني أدناه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

ان هذا الإقرار صالح بالكامل حتى ألقيه كاملاً أو جزئياً و بخط اليد.

أقر أنني قد ملأت استمارة الاستئذنة الطبية و شرحت تاريخي الطبي بشكل كامل و بكامل ارايتي.

ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: ١٨/٩/٢٠١٩

أنا السيد/السيدة Elham AZZOUKI أؤكد بأنه تم شرح لنا كيفية العلاج باستخدام البوتكس وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه كحال جميع الادوية البوتكس قد يحتوي على آثار جانبية. هذه الردود العكسية قد تكون متعلقة بالعلاج، إما بسبب المنتج أو الفرد، لكن بشكل عام هذه المضاعفات قد تحدث في الأيام الأولى التي تتبع يوم الحقن وتكون بشكل مؤقت. معظم الحالات التي تم تسجيلها تكون بدرجة معتدلة إلى خفيفة. كما هو متوقعة بعد الحقن سوف يكون هناك شعور بالألم وحرق وتيبس وتورم وزرراق.

من الآثار الجانبية الشائعة التي من الممكن حدوثها: صداع، زغللة، احمرار، تراخي بعضلات الوجه وألم في الوجه.
من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، تمييل، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاه، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالعضلات، أعراض الانفلونزا، ضعف وحرارة.

الآثار الجانبية التالية قد تكون نادرة: حكة، طفح جلدي، قشعريرة، أنواع مختلفة من الطفح الجلدي الأحمر، حساسية قوية (تورم وتحديدا في الوجه والمجرى الهوائي مما يسبب صعوبة بالتنفس)، هبوط الحاجب أو الجفن، سماع طنين بالأذن وقلّة السمع، حساسية في صعوبة البلع والتنفس والكلام.

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 4 إلى 6 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح. إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا اتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

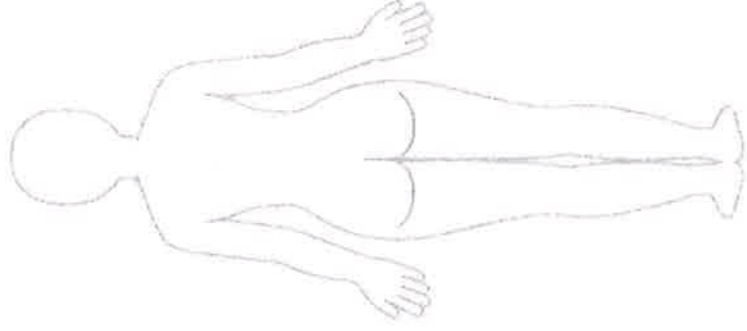
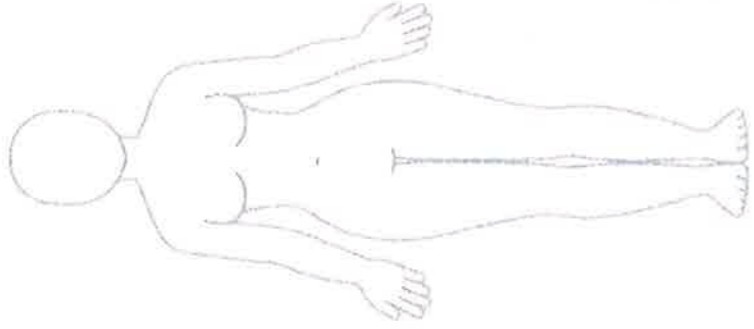
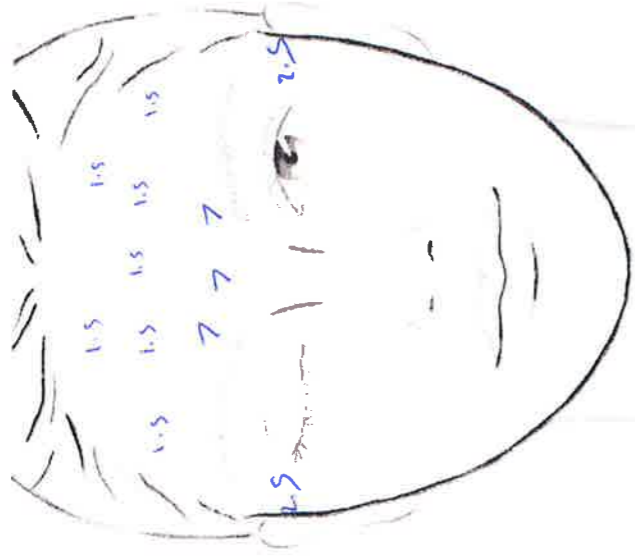
أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور أو الوصف المرفق
نعم لا

التوقيع: _____

اسم المريض: _____

التوقيع: _____

اسم المعالج: Dr. WESAM



Filler Injection Log

Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

Botox Injection Log

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....

Piercing Consent Form

Clinic Name: ORCHID MEDICAL CENTRE
 Clinic Address: SHARJAH

City: MI. EKHAM AZZAOUD I Country: _____

Customers Name: _____
 Date of Birth: 01/09/93 if under 24 months old, had their vaccination shots: Y N

Customer Address: SHARJAH

Mobile: 052299567 E-mail: _____

Sterilization Lot Number: 1716APR26 Product Code: MEDS239YTN

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 aftercare. 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 of 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: 18/9/19

Medical Professional: _____ Date: _____



Clinic file copy, keep safe for customer records, attached

reference here.





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,627.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005131)

Date: 18-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002905 - ILHAM AZZAOUI - 971554085864

The sum of Dhs. **One Thousand Six Hundred Twenty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **1,627.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 18-09-2019

Being **PRP FOR FACE + BOTOX (DYSPORT 0.4) + 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 : 1002905 - ILHAM AZZAOUI - 971554085864

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005134)

Date:18-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002905 - ILHAM AZZAOUI - 971554085864

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 18-09-2019

Being **NOSE PIERCING + 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 : 1002905 - ILHAM AZZAOUI - 971554085864

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