



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: 1002925

Date: / /

File Number: 1002925
Date: 21/08/2009
Patient Name: AMOBA ITUORNA
Date of Birth: ... / ... / ... Gender: M / F
Nationality: SPANISH
Address: DUBAI DUBAI
E-MAIL: AMOBA-EUKADI@HOTMAIL.COM
Marital Status: (الحالة الاجتماعية): MARRY
Phone No. (رقم الهاتف): 0563321938
How did you know about us: FRIEND

التاريخ الطبي Medical History	
الصفة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتناول أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	NO
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتناول أي مخثرات 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 تتناول أي مميعات للدم؟	NO
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	NO
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	NO
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو قلبية؟	NO
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتناولين أي منع 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 HIV, HSV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا السبب...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: 21 / 07 / 2019

نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المرشد.

أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.

أفهم 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 الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التخيلية المقدمة لي، كما أفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية

أفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فتحتي للملف صحيحة و أفهم أن أي معلومات تتفق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و أنني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و أنني وقعت عليه بكامل إرادتي

أنا 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 (نمط الدم):	
Pulse (النبض):	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، إيداع المستشفى		
Smoking (التدخين): ♡ / ✖	Alcohol (الكحول): ♡ / ✖	Drugs (العقاقير): ♡ / N

الملاحظات العامة والسريية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

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	Andrea,,, Velazquez Huerta	IDN:	784199041517485	Mother Name:	
Name (Ar)	اندريا,,, بلازكويز هويرتا	Card Number:	093672568	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ESP	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	اسبانيا		
Issue Date:	19/03/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	16/03/2022	Date of Birth:	08/03/1990	Sponsor Name:	(طيران الامارات الموارد البشرية)
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120137104019	Residency Expiry:	16/03/2022
ID Type:	IL	Occupation:	3143	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image


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

9/21/2019

القرار بالعلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية بالصيغة المعوية

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 PPP 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) disease, Hypertension, 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, Ave 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:

ANDREA HUERTA

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 لتعويض الخلايا و إعادة التنسار لها. اذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

الاحراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف التي تنتسب في منطقة المعالجة. و قد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة. ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة المتورمة اذا تطلب الأمر. من الممكن أن تشعر ببعض الخفيف بينما يتم تنشيط الخلايا. نادرا ما يصاحب العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضادات الحيوية.

موانع العلاج

لا يجب أن تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية: امراض جلدية التي تتضمن سرطان الجلد غير المعالجة كسرطانات الخلايا الحشرية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغوية و السرطان الجهازي و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الامراض الجلدية التي تصيب الوجه (مثل الوراثية). امراض الدم و الخلل في الصفائح الدموية، علاج تشتر الدم (مثال، الوارفارين) متلازمة غلر الصفائح الدموية، التمس الحاد في عدد الصفائح الدموية، نقص في فibrinogen الدم. عدم استقرار تخثر الدم، حالات التعرض للمرضى، امراض الكبد المزمنة، تناول الاسبيرين و مضادات الالتهاب كالتيفينون و الفينايون و الستيرويدات و الباراسيتامول. او مستحضرات التجميل. او اذا كنت تتناول حاليا (داخل الاربعة عشر يوما المنسرج) كمادات غذائية مثل فيتامين E او زيت السمك الذي قد يؤدي إلى ترقق الدم في حالة وجوده. اسم موانع العلاج التي سبق ذكرها ويجب تجنب ذلك هنا

و لذا لم تكن متأكدا او كنت لديك أي استفسارات اسأل الطبيب المختص.

اسم المريض / التوقيع

ANDREA HUERTA

التاريخ: ... / ... / ...



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 577.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005157)

Date:21-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002925 - ANDREA HUERTA - 971563321838

The sum of Dhs. Five Hundred Seventy-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 577.50

Bank: Cheque No.

Date: 21-09-2019

Being PRP FOR HAIR + 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 : 1002925 - ANDREA HUERTA - 971563321838

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,732.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005156

Date: 21-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002925 - ANDREA HUERTA - 971563321838

The sum of Dhs. **One Thousand Seven Hundred Thirty Two and Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,732.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being **ADVANCE FOR 3 SESSIONS PRP HAIR + 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
www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 577.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006036)

Date:20-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002925 - ANDREA HUERTA - 971563321838

The sum of Dhs. Five Hundred Seventy-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 577.50

Bank: Cheque No.

Date: 20-11-2019

Being 1 session prp + vat

Made by Reem

- 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 : 1002925 - ANDREA HUERTA - 971563321838

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