



File No:

Date: 22/9/19

Date: ... / ... /	File Number: 0552938
Patient Name: Nabeer Malandi	اسم المريض: نواف مسند
Date of Birth: 19/11/1981	التاريخ الميلاد: 19/11/1981
Gender: M / F	الجنس: M / F
Nationality: Saudi	(الوطنية): سعودي
Address: الشارقة/الخفاف	العنوان: الشارقة/الخفاف
Phone No: 05551395363	رقم الهاتف: 05551395363
E-MAIL:	How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History	
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتلقى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	✓
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتلقى أي قشرويات أو مثبطات المناعة؟	✓
Allergies هل لديك أي حساسية؟	✓
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	✓
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	✓
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتلقى أي مميعات الدم؟	✓
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	✓
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	✓
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	✓
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتناولين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟	✓
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	✓
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	✓
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	✓
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	✓
Other conditions MSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc	✓



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 الموافقة الطبي

أوافق وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأشمل والخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفرض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة والمطلوبة بحكم خبرته المهنية والطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات والإجراءات الطبية أو التجميلية المقيدة لي، كما أتفهم الأخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للقنوسات والإجراءات العلاجية والجراحية.

وأدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية

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

أقر أن كافة المعلومات الطبية والتاريخ الطبي الذي قدمت لي فتمشي للملف صحيحة و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقت عليه بكامل ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (من دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg	Height (الطول): cm	Blood Type (دمية الدم): Blood Type
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (دمية الدم): /	Blood Sugar (سكر الدم): Blood Sugar

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History (التاريخ المرضي):	Alcohol (الكحول): Y / N	Drugs (العقاقير): Y / N
Allergies (المسامة):		
Medications (الأوية):		
Pregnancy (الحمل):		
Previous Surgeries, Hospitalization (عمليات سابقة، إدخال للمستشفى):		
Smoking (التخين): Y / N		

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQXO*

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Nour, Mohammad, Riadh,, Malandi	IDN:	784198165325469	Mother Name:	
Name (Ar)	نور محمد رياض مالاندي	Card Number:	095521566	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	14/07/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	10/07/2021	Date of Birth:	10/07/1981	Sponsor Name:	بشار عبد صلوح
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0203295453
Residency Type:	03	Residency Number:	20120193191274	Residency Expiry:	10/07/2021
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

9/22/2019



precisely Kindly Answer the following questions

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 checked="" type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار <input checked="" type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الاكيتان/ الايسوتريونين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquenon on Site? Yes / No	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	هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately?	هل كنت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك أي وشموم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?	ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حاليا؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي عملية ازالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	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 the 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
... / ... /

انا أقدمي الى ز اوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.

أفهم ان اشعة الليزر تنتج طبقة من الضوء الذي يترك طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. أفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص لاج. و اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف والشمع والكريمات وإزالة شعر بالشمع و الكي و اني اخترت ازالة الشعر بالليزر.

بأنني قد تلتفت التعليمات التالية:
يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل وبعد العلاج.
يجب تقادي ازالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب ٦ اسابيع 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 المساسية و نوع البشرة لأشخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من تعرض 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.

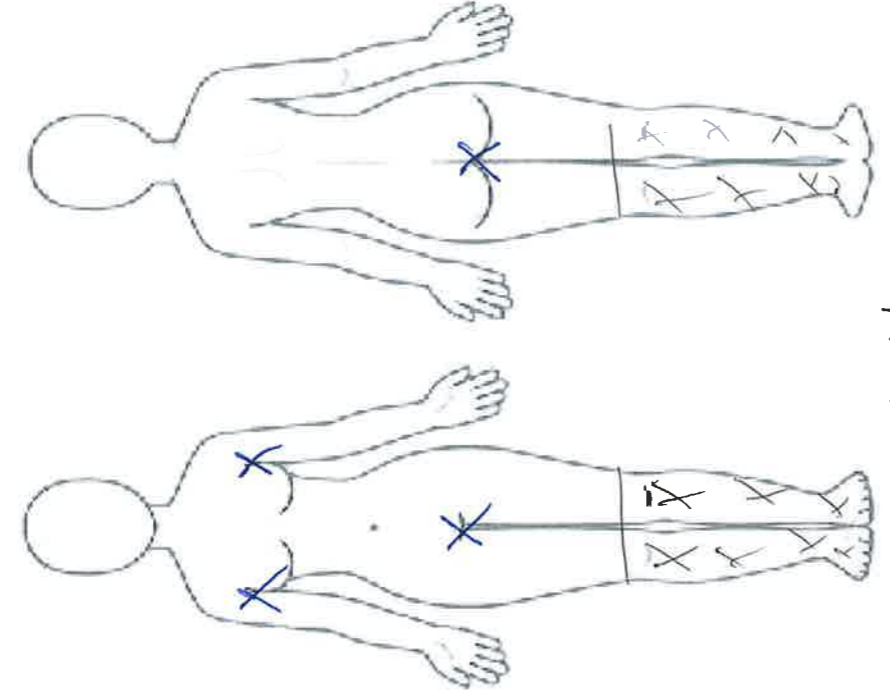
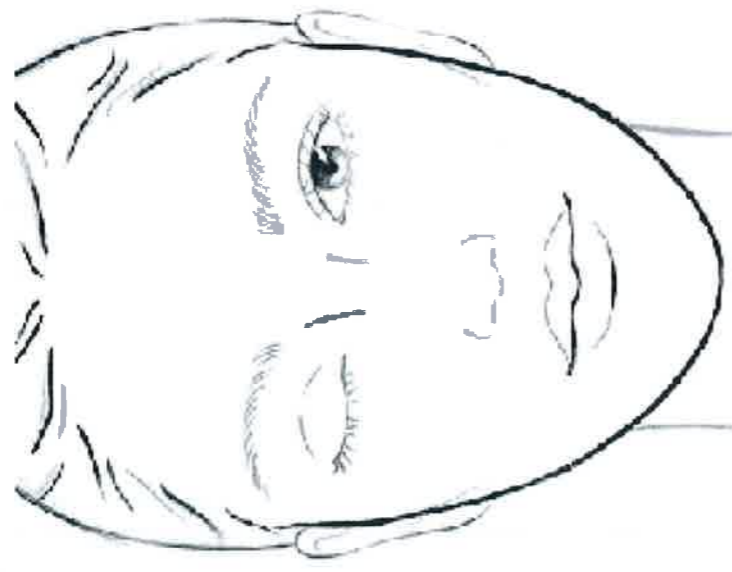
بمراض الجانبية تتضمن الاعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و نقرات. و هذه الاعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة مسم و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أنه قد أتيت لى الفرصة للاستفسار و توجيه الاسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و ت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و اني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت ب موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

سم و التوقيع

تاريخ
..... / ... /

Patient's Name: Noor Malanchi إسم المريض:
 File Number: رقم الملف:
 Pain Relief given? Yes / No Pain relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No Pretreatment photography taken? Yes / No
 1002928



leg pkg finished

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	22/9/19	10/11/19	02/02/20	21/6/20		
Treatment Area	lower leg	U-A + Bikini	Samch legs	1/2 leg		
Hair Type	Soft LD	Soft	Soft	UA, bikini		
Mode	Alex					
Fluence	8/10ms	Alex	9/10ms	9/10ms		
Pulse Type		8J/9.5ms	Bikini - 9-7J/9ms	7-9/10ms		
CNT Pulse		8J/9ms		7-30m		
Passes	1					
Starting Time	8pm	7:30 pm	7:45 pm			
Finish Time						
Post Treatment	Hydrocort					

[Signature]

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 787.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005179)

Date: 22-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002938 - NOUR MOHAMMED - 971551390363

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

By Cash 787.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 22-09-2019

Being 3 SESSIONS HALF LEGS + 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 : 1002938 - NOUR MOHAMMED - 971551390363

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.02

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005936)

Date:10-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002938 - NOUR MOHAMMED - 971551390363

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,050.02** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 10-11-2019

Being **6 sessions for bikini + 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 :1002938 - NOUR MOHAMMED - 971551390363

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005683

Date: 27-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002937 - TAGHREED 00. - 971558500922

The sum of Dhs. **Five Hundred Only**

By Cash **500.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR LASER PKG UNDER ARMS 6 SESSIONS + BIKINI 6 SESSIONS 1480 + 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

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