



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 28/9/19

Date: 28/9/2019

File Number: 1002965

Patient Name: Mohammed Sharif

اسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1/1/1977 Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality (الجنسية): Pakistan Occupation (الوظيفة): Sales

Address (العنوان): M.K. Khatib

Phone No. (رقم الهاتف): 055-2412844

E-MAIL: .....

How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	NO	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبطات للمناعة؟		
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 روماتويد، 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 تتعاطى أي مميعات للدم؟		High Blood Pressure But in control
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) لويميا		
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، أمراض أخرى	NO	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	NO	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين 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؟		Epilepsy, but long Time back
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	NO	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الحلا البسيط	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: ... / ... / .....

### نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المرؤف.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا 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 اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف 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 فتحي الملف صحيحة و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا 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 دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

## استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

Vital Signs		المؤشرات الحيوية	
Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (مضغ الدم):	/ /
		Blood Type (مصلحة الدم):	
		Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة، إخال المستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكول): Y / N

Drugs (معاظن): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

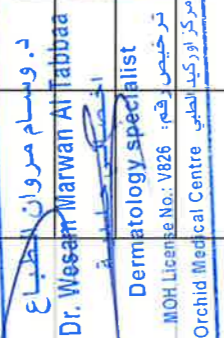
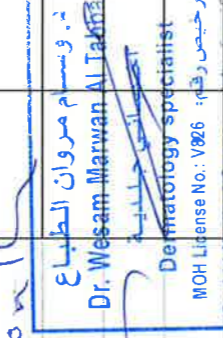
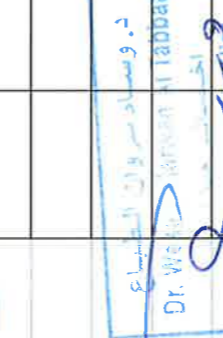
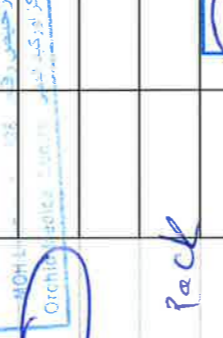

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
28/9/2019	Hair transplant from 10 years PRP Hair next app plan: PRP Hair (6) sessions			
				 د. وسام مروان الطيباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 مركز أوركيد الطبي Orchid Medical Centre
5/10/2019	PRP (1) next app: after 1 month			
				 د. وسام مروان الطيباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 مركز أوركيد الطبي Orchid Medical Centre
2/11/2019	PRP Hair (2) next app: 1/12			
				 د. وسام مروان الطيباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 مركز أوركيد الطبي Orchid Medical Centre
30/11/2019	PRP Hair (3) next app: 28/12 Plan: PRP Hair Pack Botox Mesotherapy Aca			
				 د. وسام مروان الطيباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 مركز أوركيد الطبي Orchid Medical Centre
11/1/2020	PRP Hair (4)			
				 د. وسام مروان الطيباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 مركز أوركيد الطبي Orchid Medical Centre

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO\*

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**

<b>Name</b>	Muhammad Shafique, <sup>م</sup> Muhammad Rafique	<b>IDN:</b>	784197759038058	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	محمد شافيق, <sup>م</sup> محمد رفيق	<b>Card Number:</b>	091456859	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	PAK	<b>Family ID:</b>	
<b>Title (Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	پاکستان		
<b>Issue Date:</b>	25/10/2018	<b>Sex:</b>	M	<b>Sponsor Type:</b>	06
<b>Expiry Date:</b>	21/10/2020	<b>Date of Birth:</b>	01/01/1977	<b>Sponsor Name:</b>	زبدبور تجاره قطع غيار السيارات ش ذ م م
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	00
<b>Residency Type:</b>	02	<b>Residency Number:</b>	20120162440893	<b>Residency Expiry:</b>	21/10/2020
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	96	<b>Occupation Field:</b>	00

Photo



Signature Image

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

9/28/2019



مركز أوركيڤد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005229

Date: 28-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002965 - MOHAMMED SHAFIQUE - 971552412844

The sum of Dhs. Five Hundred Only

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

Bank: Cheque No. Date:

Being ADVANCE FOR 3 SESSIONS PRP HAIR 1650 + VAT BALANCE 1232.50

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](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



PPRP Treatment Consent Form الصفاة الدموية بالبلازما الغنية بالصفائح 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 PPRP 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 PPRP 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:

فاطمة محمد

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

وصف العلاج

يتضمن العلاج باستئصال البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينة من دم المريض تساري تقريبا (١١ - ٢٢) مل ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما والصفائح باستخدام سائل فاصل التفتيح بشكل خاص. ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتخثير الخلايا وإعادة التضاريف لها. هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض. إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

الاعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف الى المتوسط في المنطقة المعالجة. وقد يستمر هذا التورم من (١٢-١٧) ساعة ويمكن وضع الكمادات الباردة والتفح في المنطقة التورمة إذا تطلب الأمر. من الممكن ان تشعر ببعض الحزق الخفيف بينما يتم تضخيم الخلايا ثلثا ما يصلح مع العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام الكمادات الحثوية.

موانع العلاج

لا يجب أن تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية:

- الأمراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخلايا الحشرية وسرطانات الخلايا القاعدية وسرطانات الخلايا الصغرية و السرطان المهبلي و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الأمراض الجلدية التي تسبب الوجه (مثال البروفيريا)، أمراض الدم و النظم في الصفائح الدموية. علاج تنخر الدم (مثال، الوراثين)
- متلازمة حل الصفائح الدموية. نقص الحديد في عند الصفائح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار تفتق الدم، حالات التقرن العميق، أمراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.
- تناول الأسبرين و مضادات الالتهاب كالتيفرين و الفينوكسين و الريفونيداك و الباريتسين، أو مستحضرات الفهم. أو إذا كنت تتناول حاليًا (خلال الأربعة عشر يومًا الماضية) مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي الي ترقق الدم في حالة وجوده. لسد موانع العلاج معني سبق ذكرها يرجى كتابة ذلك هنا

و إذا لم تكن متأكدًا أو كانت لديك أي استفسارات اسأل الطبيب المختص،

اسم المريض / التوقيع

التاريخ: ... / ... / ...



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:



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

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

أقر بأن هذا الإجراء الطبي و آثاره الجانبية و بدائله المحكّة و منافعها و مضارها قد شرحتم لي بشكل كامل.  
و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المضاعفات و طبيعتها بدقة. وبالتالي، لا توجد أي ضمانات واضحة أو خفية لنجاح هذا العلاج أو أي نتائج أخرى.  
أدرك أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجاً وانما لأن التراجع الطبيعي سوف يحدث مع الوقت.

أقرض الدكتور ..... من مركز أوركيد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لأعادة النضارة. و ان 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 معلومات هذا الإقرار بالكامل (أو قد تمت قراءته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.  
و أنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الأخطار و الأعراض الجانبية المتوقعة عليه و خيارات العلاج البديلة له. و أن جميع أسئلتي قد أجيببت بشكل كامل و وأقر و أن جميع الأجابات التي خسمتها في الإقرار و جميع العائات تمت اجابتها و ملأها قبل توقيعني أثناءه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

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

أقر أنني قد ملأنا استمارة الاستشارة الطبية و شرحتم تاريخي الطبي بشكل كامل و بكامل ارتدتي.

اسم المريض / التوقيع



التاريخ: ... / ... / ...



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,232.50 **RECEIPT VOUCHER** No: REC-005374  
Date: 05-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002965 - MOHAMMED SHAFIQUE - 971552412844**

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Thirty Two and Five Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,232.50 (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 أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 577.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005375)

Date:05-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002965 - MOHAMMED SHAFIQUE - 971552412844

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: 05-10-2019

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 : 1002965 - MOHAMMED SHAFIQUE - 971552412844

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 577.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005772)

Date:02-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002965 - MOHAMMED SHAFIQUE - 971552412844

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: 02-11-2019

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 : 1002965 - MOHAMMED SHAFIQUE - 971552412844

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 77.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006664)

Date:22-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002965 - MOHAMMED SHAFIQUE - 971552412844**

The sum of Dhs. **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 **77.50**

Bank: Cheque No.

Date: **22-12-2019**

Being

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 : **1002965 - MOHAMMED SHAFIQUE - 971552412844**

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 500.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-0066663)

Date:22-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002965 - MOHAMMED SHAFIQUE - 971552412844

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **500.00**

Bank: Cheque No.

Date: 22-12-2019

Being **PRP HAIR + VAT SESSION DONE ON 30-11-2019**

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 :1002965 - MOHAMMED SHAFIQUE - 971552412844

---

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



## ورقة الموافقة على البوتكس

التوقيع: 7/8/2020

أنا السيد/السيدة \_\_\_\_\_ 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 بألم وحرق وتيبس وتورم ووزراق.

من الآثار الجانبية الشائعة التي من الممكن حدوثها: صداع، زغللة، احمرار، تراخي بعضلات الوجه وألم في الوجه.

من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، ترميل، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، تشنج بالعضلات، أعراض الانفلونزا، ضعف وحرارة.

الآثار الجانبية التالية قد تكون نادرة: حكة، طفح جلدي، قشعريرة، انواع مختلفة من الطفح الجلدي الأحمر، حساسية قوية (تورم وتحديدا في الوجه والمجرى الهوائي مما يسبب صعوبة بالتنفس)، هبوط الحاجب أو الجفن، سماع طنين بالأذن وقلة 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 أتفهم 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 او الوصف المرفق

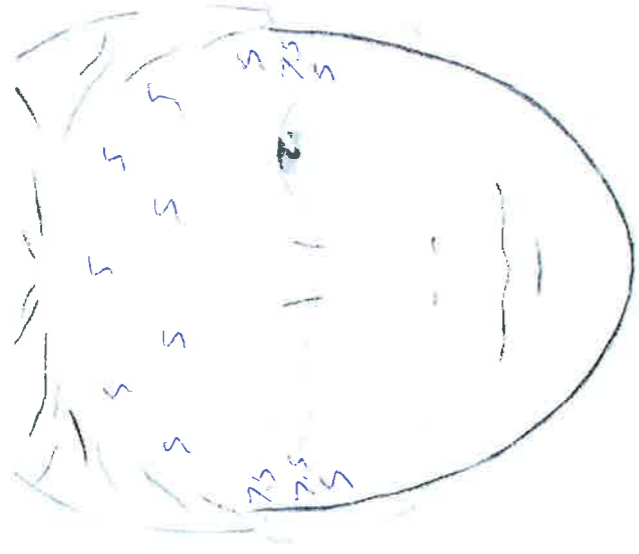
التوقيع: 

نعم لا

اسم المريض: 

اسم المعالج: \_\_\_\_\_

التوقيع: 



**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

.....



مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 682.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007518)

Date:08-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002965 - MOHAMMED SHAFIQUE - 971552412844

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

By Cash 600.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 82.50

Bank: Cheque No.

Date: 08-02-2020

Being PRP + 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 : 1002965 - MOHAMMED SHAFIQUE - 971552412844

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



مركز أوركيدي الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,522.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008042)

Date:07-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002965 - MOHAMMED SHAFIQUE - 971552412844

The sum of Dhs. One Thousand Five Hundred Twenty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 1,522.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date: 07-03-2020

Being 1 session prp + biotin + 1 injection botox + 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 : 1002965 - MOHAMMED SHAFIQUE - 971552412844

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

Handwritten signature and date: 07/03/2020

