



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: ١٥٥٠٢٩٦٦

Date: / /

Date: ... / ... /

File Number: ١٥٥٠٢٩٦٦

Patient Name: Rasha Khalifa AlMheiri

إسم المريض:

Date Of Birth: ٢٥ / ٥ / ٩٥

Gender: M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): UAE

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 054-4883388

E-MAIL: almheiri998@gmail.com

How did you know about us: instagra.com

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	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 تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	NO	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	NO	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	NO	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	NO	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	NO	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	NO	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	NO	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	NO	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	NO	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	NO	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	NO	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	NO	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	NO	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	NO	
Other conditions HIV, HSV...etc هل تعاني من أي امراض أخرى؟ فيروس الإيدز، 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: 28 / 9 / 19

نموذج إقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في القمص 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 العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتبع 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 الام 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 قدمتة لدي فنتهي الملف صحيحة و اتفهم ان أي 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 (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

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
28/9/19	filled eyes Previous under eyes filler PDO threads (6) cogs P. fucidin - Pavaletanol next app after week		2200 4200	
5/10/2019	fu: good results Plan: new threads Dch screw threads		2520	
12/10/2019	Botox (0.8) meso eyes (citos).vegy(0.4) 1 ml	1000 450		
16/10/2019	filled eyes 1 syringes screw threads (10) next app after 1 week		1200 750 offer	
26/10/2019	under eyes filler fu after 2 weeks	1200		
3.05.20	lightening skin			

د. وسام مروان الطباع
 Dr. Wasam Marwan Al Tabbae
 Dermatology specialist
 MOH License No.: 426
 Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطباع
 Dr. Wasam Marwan Al Tabbae
 Dermatology specialist
 MOH License No.: 426
 Orchid Medical Centre

Teosyal PureSense
 Redensity II
 LOT TSRL - 184023A
 2020-10
 1ml
 Medecin

د. وسام مروان الطباع
 Dr. Wasam Marwan Al Tabbae
 Dermatology specialist
 MOH License No.: 426
 Orchid Medical Centre

Teosyal PureSense
 Redensity II
 LOT TSRL - 184023A
 2020-10
 1ml
 Medecin

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830D0x0

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	Rasha,Khalifa,Mattar,Abdulrahman,Almheiri	IDN:	784199006807392	Mother Name:	Huda Saeed Nasser Saeed
Name (Ar)	رشا خليفة مطر عبدالرحمن المهيري	Card Number:	088960298	Mother Name (Ar):	هدى سعيد ناصر سعيد
Title:		Nationality (Ar):	ARE الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	202006971
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	08/05/2018	Date of Birth:	20/05/1990	Sponsor Name:	
Expiry Date:	08/05/2028	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	01	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	11	Occupation Field:	99
ID Type:	ID				



Photo

Signature Image

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

9/28/2019

PDO THREADS TREATMENT APPROVAL FORM

DATE: 28/7/2019

I agree with the PDO threads. It has been explained that these threads are a poly-deoxanone that is sterilized with cannula and is subcutaneously placed in the lipid layer to tighten the face and give glowing.

The results are improved by two months and the results continue for 10 to 12 months. It is recommended that you do not take blood-thinners before and after two weeks of the procedure.

side effects

Pain in the first week - sensation of tension in the area - bruising - swelling - a specific movement sensation - facial asymmetry - skin dermatitis - inflammation and skin infection - damage to nerves or blood vessels.
Most of these complications are temporary.

I understand that the results vary from person to person and depend on the person's situation and that the payments are non-refundable or exchangeable.

I agree to photography / shooting my condition before and after treatment and to be classified until I authorize the medical center to share it or publish it.

Patient Name:

Rasha Khalifa AlMheiri

Signature:





مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,520.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005240)

Date:28-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002966 - RASHA 0 - 503611440

The sum of Dhs. Two Thousand Five Hundred Twenty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,520.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 28-09-2019

Being PDO THREADS (6) COGS + 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 : 1002966 - RASHA 0 - 503611440

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

ورقة موافقة على علاج الميزوثيرابي

التاريخ: 12/10/2018

أنا السيد/السيدة Rasha Al M أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الميزوثيرابي و كل التفاصيل المتعلقة به، والغاية من الاستخدام و على ما يحتويه.

لقد تم إبلاغي تحديدا عن ما يلي:

سوف يظهر بعد العلاج بعض من ردود الفعل او علامات من الشائع حدوثها و التي تشمل على: احمرار، تورم، شعور بالحك و الألم و سوف تكون المنطقة المحقونة طرية نوعا ما. بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة و سوف تختفي و سوف تلقاء نفسها بعد عدة أيام بعد الحقن.

يوجد بعض من ردود الفعل او العلامات النادر حدوثها و هي: قد يتسبب البعض في المنطقة المحقونة بعد يوم او يومين من يوم الجلسة. ذلك التحسس قد يحتوي على تورم و احمرار و من النادر ظهور بعض الحبوب. هذه العلامات من المحتمل ان تظهر بعد عدة أيام من جلسة الحقن بشكل معتدل الى خفيف و ستختفي بعد 5 الى 7 أيام كما ورد في تقارير سابقة.

لقد تم إبلاغي أيضا بأنه اعتمادا على المنطقة المراد حقنها و نوع البشرة و درجة المشكلة التي تعاني منها بشري، سوف يتم تحديده عدة جلسات (تقريبا من 4 الى 8 جلسات). المتابعة و المراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج و التصحيح.

إنني أفهم مدى اهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او تأجيل المواعيد. وأيضا أفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبدل.

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

نعم لا

التوقيع: Rasha

اسم المريض: Rasha

التوقيع: Dr. WkSA M

اسم المعالج: Dr. WkSA M

ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: 12/10/2019

أنا السيد/السيدة Rasha Al Mhaskh 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 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، تدمير، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاء، 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 وتحديد) 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 أو الوصف المرفق

نعم
لا

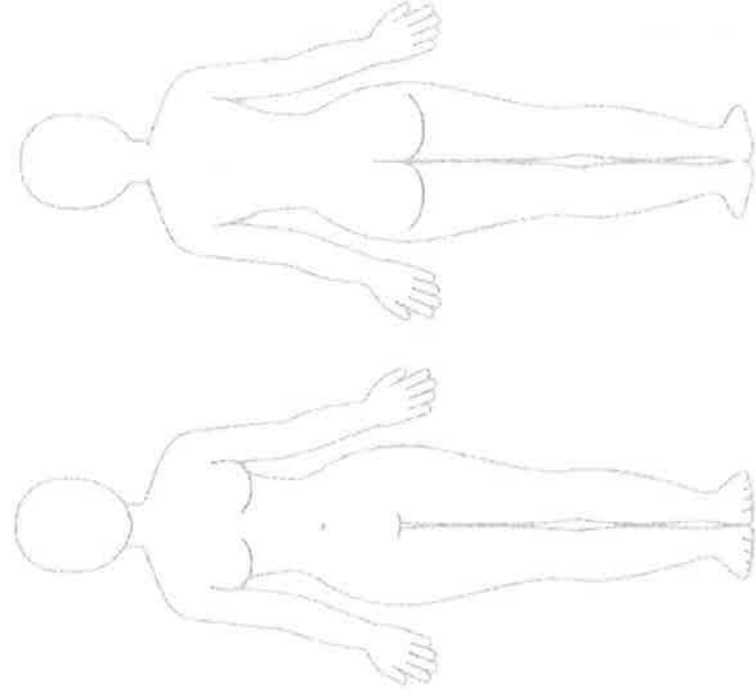
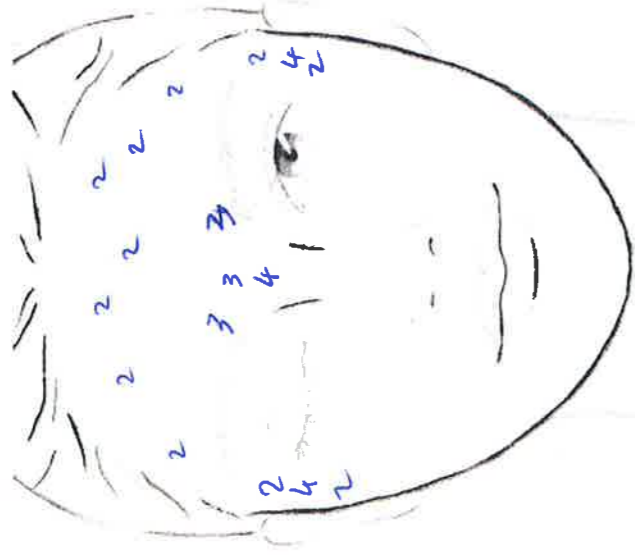
التوقيع: Rasha

اسم المريض: Rasha

التوقيع: Dr. WESA

اسم المعالج: Dr. WESA

(0.8)



Filler Injection Log

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

Botox Injection Log

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

Doctor's Name and Signature

.....



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 787.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005508

Date: 12-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002966 - RASHA 0 - 503611440

The sum of Dhs. Seven Hundred Eighty Seven and Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 787.50 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Cheque No.

Date:

Singing THREADS FOR DOUBLE CHIN 750 + 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 1,522.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005507)

Date:12-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002966 - RASHA 0 - 503611440

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 12-10-2019

Being BOTOX 1000 + EYE MOSO 450 + 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 : 1002966 - RASHA 0 - 503611440

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,047.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005550)

Date:16-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002966 - RASHA 0 - 971503611440

The sum of Dhs. Two Thousand Forty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,260.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 787.50

Bank: Cheque No.

Date: 16-10-2019

Being UNDER EYE FILLER + THREADS SCREW (10) COGS + 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 : 1002966 - RASHA 0 - 971503611440

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005664)

Date:26-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002966 - RASHA 0 - 971503611440

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Sixty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,260.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 26-10-2019

Being **UNDER EYE FILLER + 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 : 1002966 - RASHA 0 - 971503611440

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,730.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-009226)

Date: 06-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002966 - RASHA 0 - 971503611440

The sum of Dhs. Two Thousand Seven Hundred Thirty 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 2,730.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-06-2020

Being 1 genefill filer + 2 teosyal + 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 : 1002966 - RASHA 0 - 971503611440

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

www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 5,400.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008659

Date: 02-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002966 - RASHA 0 - 971503611440

The sum of Dhs. Five Thousand Four Hundred Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 5,400.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: _____ Cheque No. _____ Date: _____

Being **toxyal filler + 1 botox + 4 threads + 1 tosyal + 1 yellow peel + 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

31
02/05/2020
Carben Fred

ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: _____

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 بالألم 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، تقيؤ، 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 وقلة السمع، حساسية في صعوبة البلع والتنفس والكلام.

تقد 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 أفهم 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

اسم المريض: _____

Rasha

التوقيع: _____

Jalal

التوقيع: _____

اسم المعالج: _____

ورقة موافقة على العلاج بالفيلير

التاريخ: _____

انا السيد/السيدة _____ أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الفيلير وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه. لقد تم إبلاغي باحتمال ظهور بعض الأعراض الجانبية المصاحبة لحقن مادة الفيلير، والتي من المحتمل ظهورها بعد الجلسة مباشرة أو مؤخرا والتي قد تحتوي على:

التهابات (احمرار، وذمة، إلخ) وأيضا قد تصاحب شعور بالحك، ألم عند الضغط وذلك يكون بعد الحقن مباشرة. هذه الأعراض قد تستمر لمدة أسبوع.

ورم دموي - تيبس في المنطقة المحقونة - حدوث انتفاخ او تورم او التهاب او حساسية - حدوث تأثير بسيط أو عدم حدوثه

بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة وسوف تختفي من تلقاء نفسها بعد عدة أيام من جلسة الحقن.

الآثار النادرة الأخرى تتضمن:

لا يمكن التنبؤ بمدى استمرارية الفيلير في الجسم سواء أقصر أو أطول من المدة المتوقعة عدم تناظر الوجه - تغير طويل الأمد في لون الجلد - خمج فيروسي أو خمج جرثومي

ندبة-تقرح - ورم حبيبيومي - صدمة تحسسية - العمى
لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 6 إلى 9 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 أفهم 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

نعم لا

اسم المريض: Rasha

التوقيع: Laila

اسم المعالج: _____

التوقيع: _____



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008839)

Date: 14-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002966 - RASHA 0 - 971503611440

The sum of Dhs. One Hundred Fifty-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 157.50

Bank: Cheque No.

Date: 14-05-2020

Being carbon laser + 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 : 1002966 - RASHA 0 - 971503611440

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

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا Rasha بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج

هو احد الإستطببات لإعادة التقشير الكريونى باستخدام لوشن الكريونو يتبعه التقشير بالليزر • جهاز ليزر ال Q-Switch باستخدام

خطوط الوجه والشفوذ الصبغى (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم , علاج التجاعيد وضارة البشرة , وعلاج علامات التقدم بالسن بالسن وحالات أخرى), تحسين ملمس البشرة , علاج حب الشباب ,احمرار الجلد , إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب), الندوب التي تتبع إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح 3-5 جلسات معصمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات ,الحبوب ,توسع مسامات الجلد ,مراجعة كل 3-6 اشهر

يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكريون, بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر •
لوشن الكريون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف

.إزالة الوشم بالليزر .

.الأورام الصبغية .

.تقشير الشعر .

الإضافى(الوضع فطريات إزالة A).

بيير إزالة الكلف (الوضع M).

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن

.تتأثر عغار الأيسوتريتينوين (الأكويوتان) خلال ال6 اشهر الماضية .

.الحمل والرضاعة .

.الأمراض الجلدية والالتهابات والاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج .

.مشاكل في الجهاز المناعي .

.الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي .

.ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية .

.التهاق .

درجة التحسن بعد أتعهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوحة لن تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن عدة جلسات

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى انتهاء خطة العلاج, و انا اتفهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي لليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي الوارده العلاج.وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات بالكامل

أتفهم ان كسا هناك منافع للاجراء المطلوب. اتفهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/الانقائ. ماعدا التقشير الناعم الذي



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008668)

Date:03-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002966 - RASHA 0 - 971503611440

The sum of Dhs. Five Hundred Twenty-Five 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 525.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-05-2020

Being yellow peel

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 : 1002966 - RASHA 0 - 971503611440

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

ورقة الموافقة على التقشير الكيميائي

التاريخ: _____

أنا أخول _____ تطبيق _____ على _____ لنضارة بشرتي وعلاجها من التصبغات وآثار الحبوب والتجاعيد. أتفهم جيدا بأن هذا الإجراء اختياري بحت، وأن النتيجة قد تختلف من شخص لأخر والعلاجات المتعددة قد تكون ضرورية.

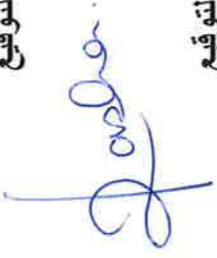
أتفهم بأنه:
من المحتمل حدوث بعض المضاعفات التي قد تكون نادرة لكن محتملة.
ظهور بعض الاعراض الجانبية الشائعة كاحمرار مؤقت، حرق بسيط وقد يستمر لمدة 3 إلى 4 ساعات أو لعدة أيام.
تصبغات متغيرة تشمل هايبربيجمنتيشن (تفتيح للبشرة) أو (غامقان بالبشرة) وقد تستمر لمدة 1 إلى 6 اشهر أو أكثر.

بعض الاعراض المحتملة الاخرى كشعور بالحكة، ألم، حرق، التهاب، تقشير، تورم. من المحتمل ايضا عدم الحصول على النتيجة المتوقعة أو المرغوب بها.

أتفهم بأنه عند تعرضي للشمس أو جهاز التشمس وعدم الالتزام بإرشادات العناية المطلوبة اتباعها قد تزيد من فرصة حدوث مضاعفات.
إرشادات قبل وبعد العلاج وإجراءات العلاج تم شرحها لي بالكامل من الفوائد المحتمل الحصول عليها والمضاعفات. لقد تمت الاجابه على جميع تساؤلاتي وأنا أوافق بشدة على تطبيق العلاج.
إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وايضا أتفهم أن 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 / الضامن & العلاقة

التوقيع

اسم الدكتور / المعالج
