



File No:

Date: 29, 9, 19

Date: ... / ... / File Number: 1002981

Patient Name: Hiba Al Saadi: إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 14 / 1 / 1989 Gender (الجنس): M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): (الوظيفة):
Address (العنوان):
Address (العنوان):
Phone No. (رقم الهاتف): 059 8777851

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؟ | | |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟ | | |
| 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 تتعاطى أي مبيعات للدم؟ | | |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر 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 تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين 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 HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الأبتز، 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):

Hiba Al-Saad

Date: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

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 الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نذكر في الفحص الأولي والتي 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 اي ضمانات او نتائج للعلاج و الإجراءات الطبية او 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 للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم 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 قدمته لدي قضي الملف صحيحة و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً 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 (نوعية الدم): | |
| Pulse (النبض): | ppm | Blood Pressure (ضغط الدم): | / | Blood Sugar (سكر الدم): | |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، أحوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظي العقاقير): 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

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

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 | Hiba Dib,,, El Saadi | IDN: | 784198079370429 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | هبة ذيب,,, السعدي | Card Number: | 089335708 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | PSE | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | فلسطين | | |
| Issue Date: | 02/06/2018 | Sex: | F | Sponsor Type: | 03 |
| Expiry Date: | 05/05/2020 | Date of Birth: | 01/01/1980 | Sponsor Name: | هيمن علي رسول العبيدي |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 05304347 |
| Residency Type: | 03 | Residency Number: | 20120133067822 | Residency Expiry: | 05/05/2020 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 99 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

9/29/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005283

Date: 29-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002981 - HIBA AL SAADI - 97150877801

The sum of Dhs. **Two Hundred Only**By Cash **200.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

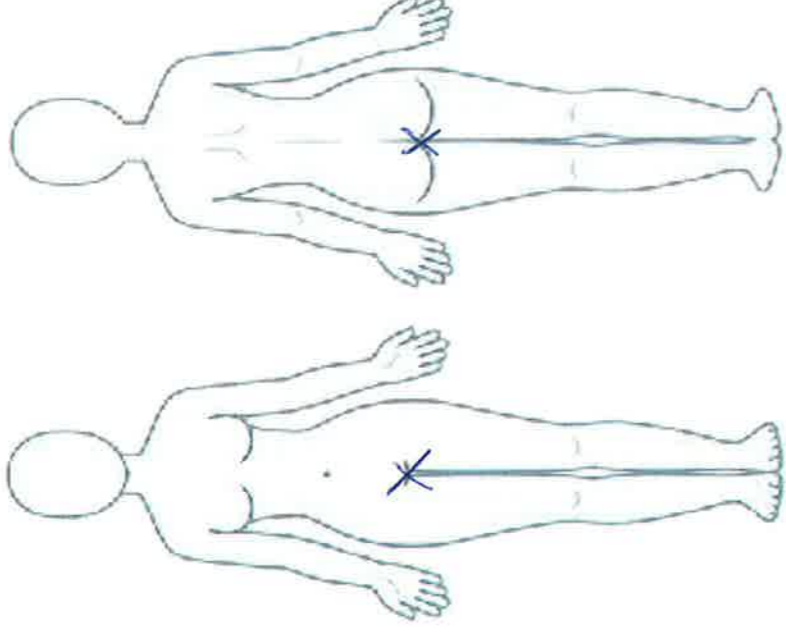
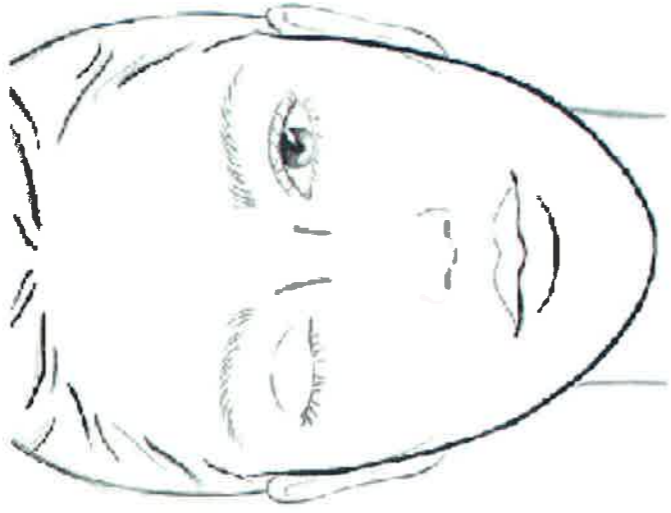
Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 6 SESSIONS BIKINI + VAT BALANCE 850**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

Patient's Name: Hiba Al Saadi
 File Number:
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



| | Session 1 | Session 2 | Session 3 | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|----------------|-----------|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Treatment Date | 28/05/20 | 18-07-20 | | | | |
| Treatment Area | Bikini | Bikini / 2 legs | | | | |
| Hair Type | Soft | Soft / dark | | | | |
| Mode | Soft | Apex 8/10 | | | | |
| Fluence | Alex | 19/15 | | | | |
| Pulse Type | 80/10ms | 1 pass | | | | |
| CNT Pulse | 7/10 | visu | | | | |
| Passes | | | | | | |
| Starting Time | | | | | | |
| Finish Time | | | | | | |
| Post Treatment | HIRODOD | | | | | |

Therapist Name and Signature



precisely Kindly Answer the following questions *يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

| | |
|--|---|
| How do you better describe your skin Type | ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟ |
| <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned | <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار |
| <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned | <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار |
| <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned | <input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار |
| <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned | <input type="checkbox"/> خادرة الاحترق , دائمة الاسمرار |
| Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No | هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدرة؟ نعم / لا |
| Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No | هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تورحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا |
| Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No | هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتونين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا |
| Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydrocuenon 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 منة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? | هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ |
| 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 وشم / 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 أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا |
| For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No | السيدات فقط : هل أنت 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 / /

الاسم و التوقيع

التاريخ / /

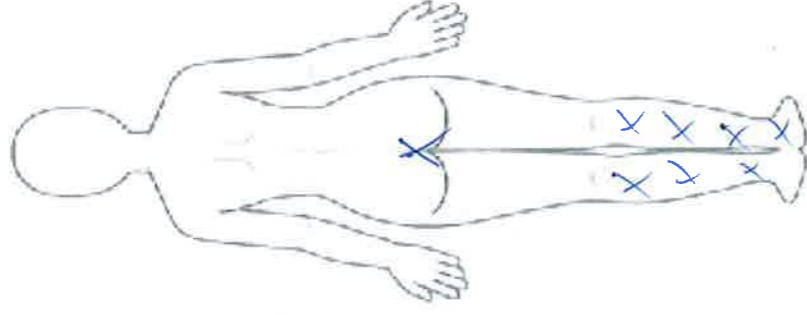
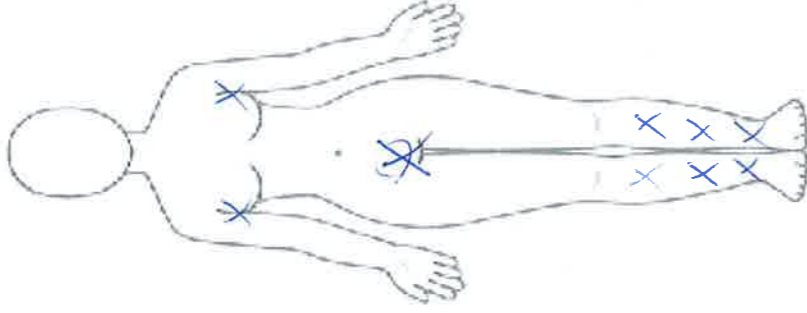
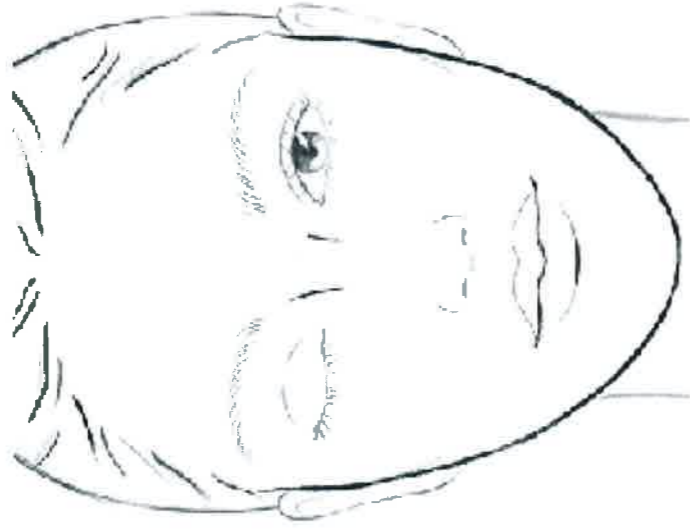
أقر أنا مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر. وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. وأتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع الشعر والشعر و إني علم على كامل كافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحقن و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إني اخترت إزالة الشعر بالليزر. أقر بأنني قد تفقت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و الحساسيات و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.
الأعراض الجانبية
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يقبب الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. ننص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تقوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
أقر أنه قد أتيتحت لمي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الي المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لمي و أنني تجاوزت القائمة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

اسم المريض: **HIBA AL SAADI**

File Number: رقم الملف: 1002987

Pain Relief given? Yes / No Evaluation and consent form completed? Yes / No

..... Pretreatment photography taken? Yes / No



| | Session 1 | Session 2 | Session 3 | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|----------------|--------------|---------------------------------|----------------------------|--------------------|-------------|-----------------|
| Treatment Date | 19/10/19 | 16/11/19 | 14/12/19 | 15/1/20 | 23/2/20 | 5/4/20 |
| Treatment Area | Bikini full | Bikini, UA, Axilla, Neck (Duck) | Bikini, UA, Axilla, Bikini | Bikini, UA, Axilla | Bikini full | 1/2 leg, Axilla |
| Hair Type | Thick (Duck) | Bikini-Thick | Bikini-Thick | Alex (20) | N/D YAG 10 | Full bikini |
| Mode | N/D YAG 20 | Alex | Alex: 20 | 7-8 J/10ms | 200/20ms | Alex 20 |
| Fluence | 14/18 ms | UA → 8 J/20 | UA → 8 J/20 | 1 pass | 8/10ms | 8/10ms |
| Pulse Type | | Bikini → 8 J/20 | 8 J/12 ms | 1 pass | 1 pass | 1 pass |
| CNT Pulse | | 1/2 legs → 8 J/5 | Down-6 J/3ms | Thin hair | | |
| Passes | 1 | S.S → 20ms | | | | |
| Starting Time | | 10:20 AM | 10:15 am | 11:30 AM | 4 PM | 15/17m |
| Finish Time | | 11 AM | 11 AM | | | |
| Post Treatment | Hirudoid | Hirudoid | HIRUDOID | Hirudoid | Hirudoid | Hirudoid |

Therapist Name and Signature: *Hiba*

Retouch done Alex: 16. 9 J/14ms



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005567)

Date:19-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002981 - HIBA AL SAADI - 97150877801

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **850.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **200.00**

Bank: Cheque No.

Date: 19-10-2019

Being **6 SESSIONS BIKINI + 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 : 1002981 - HIBA AL SAADI - 97150877801

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005986)

Date: 16-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002981 - HIBA AL SAADI - 971508777801

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 262.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 16-11-2019

Being HALF LEGS 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 : 1002981 - HIBA AL SAADI - 971508777801

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007145)

Date:19-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002981 - HIBA AL SAADI - 971508777801**

The sum of Dhs. **Two Hundred Sixty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **262.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **19-01-2020**

Being **half legs 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 : **1002981 - HIBA AL SAADI - 971508777801**

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