



File No: 1003084

Date: 14 / 10 / 2019

Date: 14 / 10 / 2019

File Number: 1003084

Patient Name: Shaikha Alsadat

اسم المريض: الشيخة سادات

Date Of Birth: / /

Gender (الجنس): M / (F)

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية):

العمل

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0554675115

E-MAIL: nozz3beel@gmail.com

How did you know about us:

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



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 المؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالمعالج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم 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 لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للقومصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدى قضي الملف صحيحة، و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ينبغي سريتها تماماً و لا يمكن الإطلاع عليها بدون 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دم فصيلة الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم 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 ، ابحال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): 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	Shaikhah,Amis,Rageh,Gubran,Alsadi	IDN:	784199671387696	Mother Name:	
Name (Ar)	شيفه انيس راجع جبران السدي	Card Number:	095809302	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	YEM	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	اليمن		
Issue Date:	30/07/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	28/07/2022	Date of Birth:	03/02/1996	Sponsor Name:	عبدالله فاروق عبدالله طاهر
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	606907
Residency Type:	03	Residency Number:	10120193039294	Residency Expiry:	28/07/2022
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

10/14/2019



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

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 type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار <input checked="" type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدر؟ <input checked="" type="checkbox"/> لا / لا هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا / لا
Have you Taken Akutan or isotritonine in the last 6 months? Yes/ No Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroequenon on Site?Yes / No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا / لا هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No Did you get exposed to sun or got tanned lately?	هل قمت بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا / لا هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ بالتأكيد.. لا / لا هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا / لا هل لديك أي وثوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا / لا هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا / لا
What products you are using for your skin recently?..... Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No Have you done any permanent make up? Yes / No	ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها لغيرتك حاليا؟ صوب: جل الصبار هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا / لا السيدات فقط: هل أنت حامل؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا / لا هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا / لا

I hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Shariah 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 air 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
... / ... /

أقر أنا بمشروحات أوركيد الطبي... الرجوع به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز مركز أوركيد الطبي / المشاركة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المستوف.

و أتفهم 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. و أتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المريض بتعليمات العلاج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الرشوم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية 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 الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

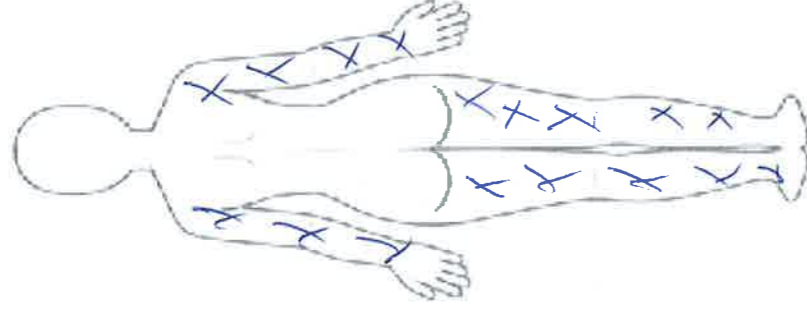
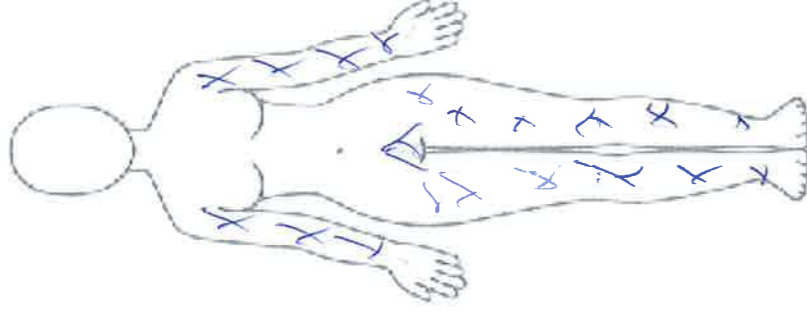
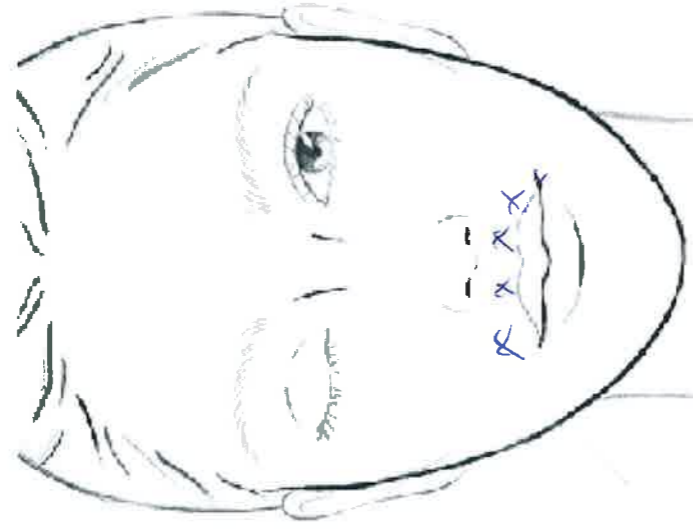
الأعراض الجانبية
قد تتضمن الأعراض الجانبية أحمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التندقات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيتحت لي الفرصة للاستشارة و توجيه الاستشارة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت القائمة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ
..... / /

Patient's Name: **Shakha Al Saadi** :اسم المريض
 File Number: **1003084** :رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No :Pain Relief taken? 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	14/10/19	19/11/19				
Treatment Area	Full body	Full body				
Hair Type	Fin 1D	Fin 1D				
Mode	Alex 20	Alex 16				
Fluence	7-8/11 mj	10J/10ms				
Pulse Type	B	Bikini				
CNT Pulse		13/17ms				
Passes	1	1				
Starting Time	7pm	5:30pm				
Finish Time	8pm	6:30pm				
Post Treatment	Hyndocid Pain	Hyndocid				

Therapist Name and Signature **bes**





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 803.25

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005530)

Date:14-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003084 - SHAIKHA ALSAADI - 971554675115**

The sum of Dhs. **Eight Hundred Three Dirhams and Twenty-Five Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **803.25** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date: **14-10-2019**

Being **FULL BODY (HR) + VAT (10% DISCOUNT ESAAD CARD)**

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

Confirmed by : **1003084 - SHAIKHA ALSAADI - 971554675115**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 803.25

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006006)

Date:17-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003084 - SHAIKHA ALSAADI - 971554675115

The sum of Dhs. **Eight Hundred Three Dirhams and Twenty-Five Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **803.25** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 17-11-2019

Being **FULL BODY + VAT 10 % DISCOUNT ESAAD CARD**

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 : 1003084 - SHAIKHA ALSAADI - 971554675115

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

www.omc1.ae