



File No: ١٥٥٣٥٨٩

Date: ١٦/١٥/٢٠١٩

Date: ١٦/١٥/٢٠١٩

File Number: ١٥٥٣٥٨٩

Patient Name: Nourhan Sayed

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد) : 9/5/95

Marital Status:(الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Egyptian

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Shj

Phone No. (رقم الهاتف): 0564243204

E-MAIL: Nourhss@hotmail.com

How did you know about us:

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 ادوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant/ هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious Illness هل اجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	Yes	Foot
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 (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 اي منع 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 اخرى؟	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 السكرى أو امراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions هل تعاني من أي امراض 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: 16 / 11 / 2019

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و الموافقة.
- 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 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 العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتنتاج 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 للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 قدمت لي فتحتي الملف صحية و أتفهم أن أي معلومات تتلقى 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 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

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (انصبة 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 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

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

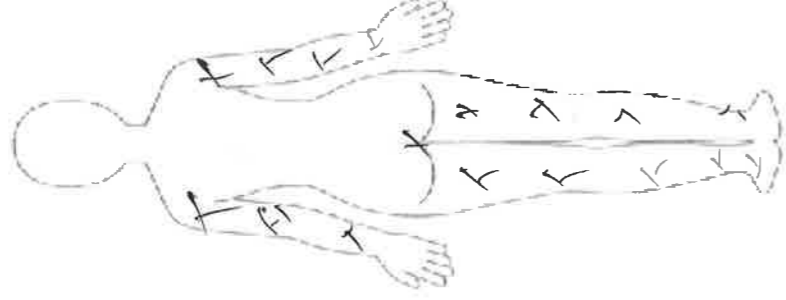
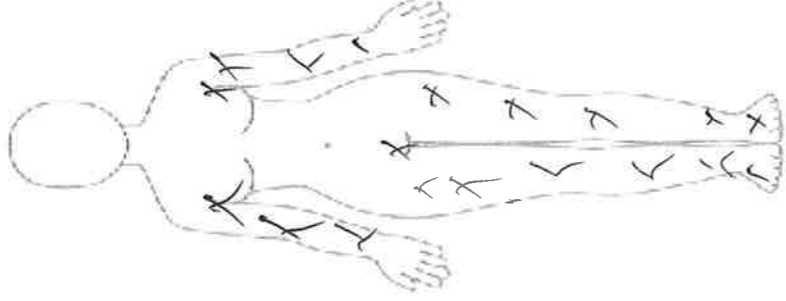
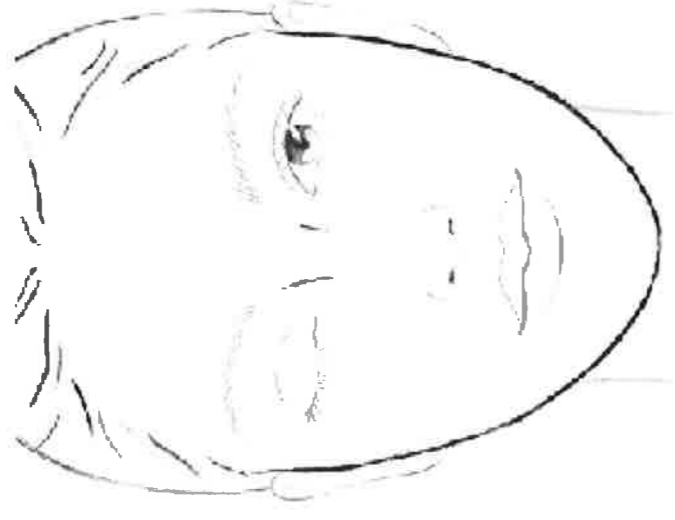
Patient's Name: **Nourhan Syed**

File Number: رقم الملف

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No

1003089.



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	12/5/20	15/6/20	17/7/20			
Treatment Area	full body	full body	full body			
Hair Type	soft HD	soft LD	soft 1D			
Mode	Alex	Alex 20.	Alex 20			
Fluence	8/10/15	8/10-13	8/10ms			
Pulse Type	1.1sq	Bikini yay	Pink's Yay 20.			
CNT Pulse	Bikini yay	15/17ms	15/17ms			
Passes	15/17ms	1 pass	1 pass			
Starting Time	8pm	Handed	Handed			
Finish Time	Handed	8pm	Handed			
Post Treatment	8pm	8pm	8pm			

Therapist Name and Signature



precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟	<input type="checkbox"/> دائماً الاحترق ، قليلاً الاسمرار <input type="checkbox"/> دائماً الاحترق ، عدم الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلاً الاحترق ، دائماً الاسمرار <input type="checkbox"/> نادراً الاحترق ، دائماً الاسمرار
هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا	لا / نعم
هل ظهر لديك حلا بسيط أو بقع أو قروحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا	لا / نعم
هل تناولت عقار الأكيوتان/اليسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا	لا / نعم
هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهالديكرونيون في منطقة العلاج؟ نعم / لا	لا / نعم
هل قمت بتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا	لا / نعم
هل كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا	لا / نعم
هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا	لا / نعم
هل لديك اي وشموم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا	لا / نعم
هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا	لا / نعم
ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حالياً؟	
هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا	لا / نعم
للسيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا	لا / نعم
هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا	لا / نعم

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: *Nevee Syed*

Date: 16/11/2019.

أقر أنا مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج لطفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر.

وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب ٦ أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً و يشمل ذلك العلاج و المساسية 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.

أفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاطفى 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 أتيت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الامسلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

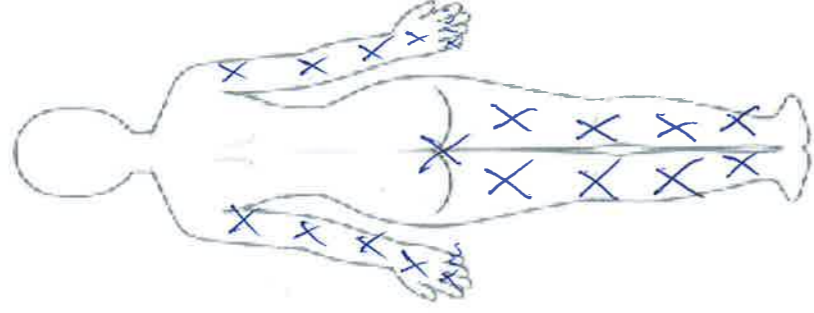
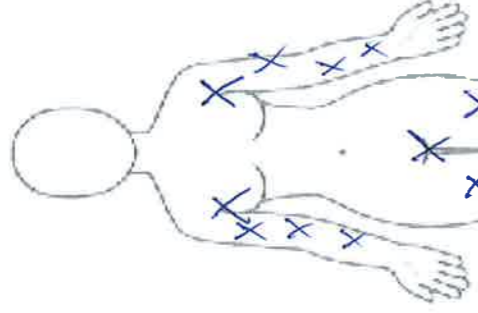
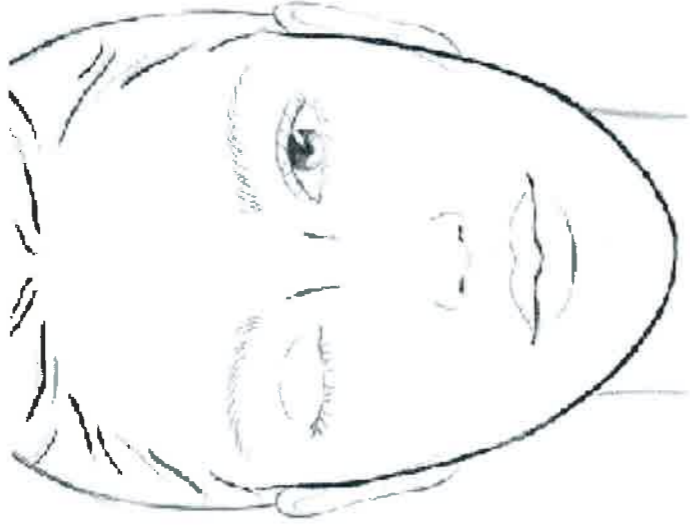
الإسم و التوقيع

.....

التاريخ

..... / /

Patient's Name: Nahar Syed
 File Number: 1003089
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



Deka.

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	16/10/19	20/11/19	28/12/19	22/01/20	26/02/20	21/03/20
Treatment Area	Full body	Same	Same	Same	Same	Same
Hair Type	W/ hair					
Mode	because tanned	Med/Soft	Med/Soft	Med/Soft	Med/Soft	Med/Soft
Fluence				14 J/cm ²	10-10.5	8 J/10ms
Pulse Type	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	7 J/11-13ms	7-8 J/10-10.5
CNT Pulse						
Passes	18 J/SHORT	20 J/SHORT	22 J/SHORT	22 J/SHORT	Bikini - not done	Bikini - not done
Starting Time	5-6/SHORT	6/6	6/6	14 J/17ms	4:30 pm	15 J/16.5ms
Finish Time	4:30 pm	4:45 pm	11:15 AM	12 pm	HRUDOID 5:15 pm	5:35 pm
Post Treatment	5:30 pm - 5 pm	(Bikini - half and feet left not done)	(Bikini)	HRUDOID	HRUDOID	HRUDOID

Therapist Name and Signature

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO*

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	Nourhan,,,El Sayed	IDN:	784199549061739	Mother Name:	
Name (Ar)	نورحان جليل السيد	Card Number:	089212086	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	LBN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	لبنان		
Issue Date:	23/05/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	04/02/2021	Date of Birth:	09/05/1995	Sponsor Name:	نائلة جليل الحاروي
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	0111424735
Residency Type:	03	Residency Number:	20120123014752	Residency Expiry:	04/02/2021
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

10/16/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,572.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005552

Date: 16-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003089 - NOURHAN ELSAYED - 971564243204**The sum of Dhs. **Two Thousand Five Hundred Seventy Two and Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **2,572.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Paying **ADVANCE FOR FULL BODY LASER PKG 4900 + 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**



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006048

Date: 20-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003089 - NOURHAN ELSAYED - 971564243204**

The sum of Dhs. **One Thousand Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,000.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being advance for **12 sessions full body + vat balance 1573**

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

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

www.omc1.ae