



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 19/10/19

Date: 19/10/19

File Number: 1003112

Patient Name: BENITA SIBI

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 16/01/2004 Gender: M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): SINGLE

Nationality (الجنسية): INDIAN Occupation: STUDENT

Address (العنوان): DUBAI

Phone No. (رقم الهاتف): 052-3799275

E-MAIL:

How did you know about us: Friends

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 تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى 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 تعاطى أي مميعات للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، المل، أمراض أخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع 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 تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاطى من أي أمراض أخرى؟ فيروس الأبتز، فيروس الحلا البسيط etc	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: 19/10/19

نموذج أقرار 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 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 العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو 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 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 قضي الملف الصحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

Vital Signs تؤثرات الحيوية			
Weight (الوزن): Kg	Height (الطول): cm	Blood Type (دم): :	
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (دم): /	Blood Sugar (دم): :	

Chief Complaint
سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History
التاريخ المرضي:

Allergies
الحساسية

Medications
الأدوية

Pregnancy
الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة , ايدخل للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings
الملاحظات العامة و السريرية

Examination
الفحص

Radiography
الصور الشعاعية

Diagnosis
التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟ ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟	<input type="checkbox"/> دائماً المحترق ، قليلا الاسمرار <input type="checkbox"/> دائماً المحترق ، عديمة الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلا الاحترق ، دائماً الاسمرار <input type="checkbox"/> نادراً الاحترق ، دائماً الاسمرار
هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> لا
هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> لا
هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> لا
هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكورتيزون في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> لا
هل قمت بتق أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> لا
هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> لا
هل لديك أي وشع / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> لا
هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلاوات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> لا
ماهي المنتجات التي تستخدمها ليحترق حالياً؟	
هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> لا
السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> لا
هل قمت سابقاً بإجراء كياج دائم للحي؟ نعم / لا	<input type="checkbox"/> لا

I, BENITA S.A.B.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 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 Sally Saba

Date 19/10/19

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

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

وأفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق والتف والكريمات وإزالة الشعر بالشع والكلي وإني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تقيمت بالتعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم والتاتو والكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والحساسية ونوع 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 الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق، ومن الممكن حدوث بعض التورم والتشققات، وهذه الأعراض الجانبية ستلاشى خلال بضع ساعات التي عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدوم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

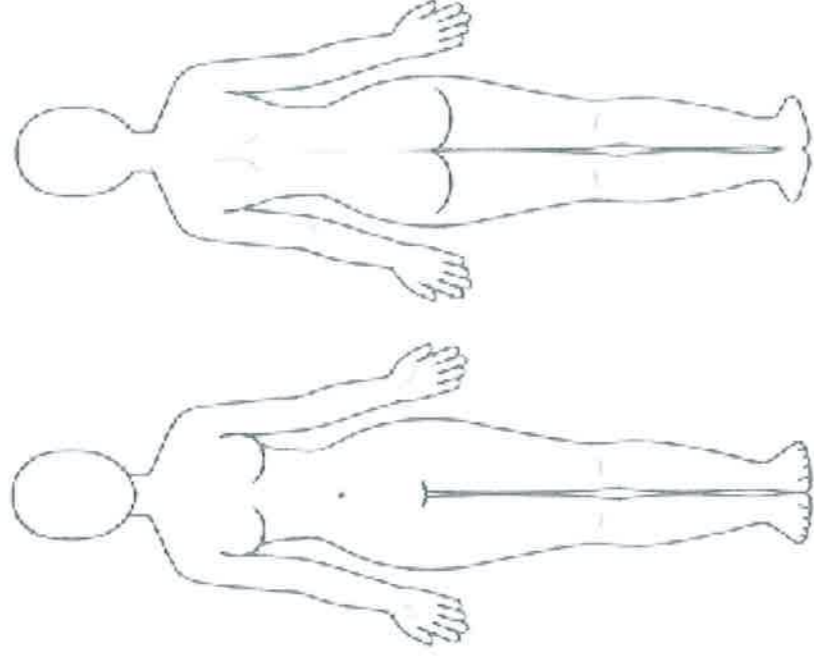
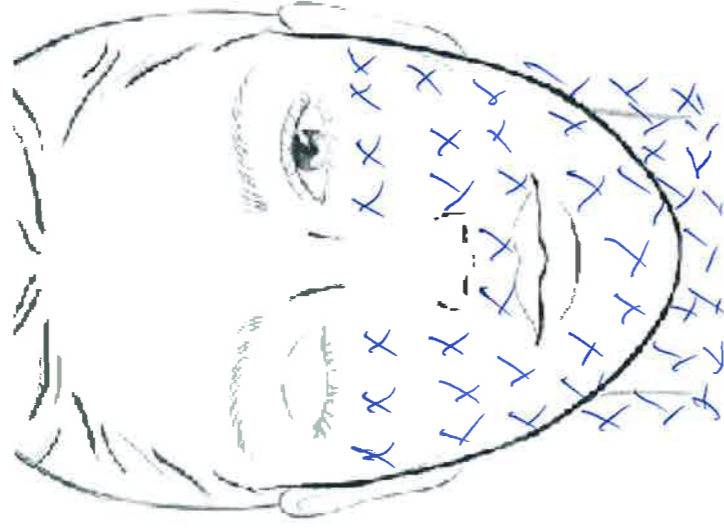
أقر أنه قد أتيت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الإجابة الى المعالج المختص و إنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي، و إنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمرني في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم والتوقيع

التاريخ

..... / /

Patient's Name: Benita Sibi اسم المريض:
 File Number: 1003112 رقم الملف:
 Pain Relief given? Yes / No Yes تخفيف الألم: نعم / لا
 Pretreatment photography taken? Yes / No Yes التصوير الفوتوغرافي قبل العلاج: نعم / لا



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	19/10/19	3/12/19	2/2/20	8/3/20		
Treatment Area	1/2 face + Neck	Same	1/2 face	1/2 face		
Hair Type	Dark / Thick	MID	MID	Soft ID		
Mode	NO YAG (10)	ND YAG 20	ND YAG 20	ND YAG 20		
Fluence	20 J/cm²	13 J/cm²	14 J/cm²	18 J/cm²		
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1	1	1	1 pass		
Starting Time	7:30 pm	6 pm	6 pm	6 pm		
Finish Time						
Post Treatment	Anesthet	Hincedol	Anesthet	Anesthet		
	face	face	face	face		

Therapist Name and Signature

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQyMI

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	Benita,,,Sibi	IDN:	784200407310398	Mother Name:	
Name (Ar)	بنيتا,,,سبيتي	Card Number:	083377110	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IND	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الهند		
Issue Date:	11/05/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	09/03/2020	Date of Birth:	16/01/2004	Sponsor Name:	سبيتي توماس جوزيف توماس
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	06117769
Residency Type:	03	Residency Number:	20120083020660	Residency Expiry:	09/03/2020
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

بدون إمضاء / No signature

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

10/19/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005582)

Date:19-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003112 - BENETA 00. - 971504799275

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

By Cash 472.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 19-10-2019

Being 3 SESSIONS FULL FACE + 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 : 1003112 - BENETA 00. - 971504799275

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



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007422)

Date:02-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003112 - BENETA 00. - 971503799275

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

By Cash **472.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 02-02-2020

Being **3 session half face + 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 : 1003112 - BENETA 00. - 971503799275

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