



File No:

Date: 2/11/19

Date: ... / ... /

File Number: 603221

Patient Name: Nour Yasser

إسم المريض: نور ياسر

Date Of Birth: 10/11/1980 Gender: M / F

أ.المناسبة: (الحالة الاجتماعية): طالبة

Nationality: مصرية

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): طالبة

Address: القاهرة

Phone No. (رقم الهاتف): 05023311031

E-MAIL:

How did you know about us: face.book

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment	هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟
Corticosteroids/Immunosuppressant	هل تعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟
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 روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات الدم؟
Anemia, Leukemia	أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	هل أنت حامل؟ هل تعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني 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	هل تعاني من أي أمراض أخرى؟
HSV, HIV...etc	فيروس الإيدز، فيروس الحلا السيط...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):

Date: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

- أوافق وأسمح للطبيب بمعالجة حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالمعالج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكره في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتأخر 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 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 فتحتي الملف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا 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 بكمال ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ١١/٠٩/٢٠١٦



استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg	Height (الطول): cm	Blood Type (نصية 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 NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
2/11/2019	Androgenic Alopecia she used 'itcha' ampuls + Cap P: Regaine 2% spray Blood test Normal iron done: PRP Hair ① next app after 1 month	3 PRP 1650 3 Meso 1200 2850 NAT 142.50 2992.50	3 Meso 1200	 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa MOH License No. 4326 Orchid Medical Center
20/11/2019	Meso Hair ① next app: 4/12: PRP	3 PRP 1650 3 Meso 1200 2850 NAT 142.50 2992.50	3 PRP Paid 1500 Balance 1492.50	 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa MOH License No. 4326 Orchid Medical Center
4/12/2019	PRP Hair ② next app: 14/12: Meso			 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa MOH License No. 4326 Orchid Medical Center
25/12/2019	Meso (1442) next app: 4/1/2020: PRP			 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa MOH License No. 4326 Orchid Medical Center

Description of Treatment

This treatment involves the collection of your blood (approximately 11 - 22 ml), then your blood is spun down using a centrifuge to separate out the plasma and platelet portion using the separator gel' as a special filter. The PPP portion of your blood is then used at the point of care to re-energize your cells into rejuvenating themselves. The product is 100% your own blood by-product (autologous). If you have any questions please do not hesitate to ask your physician or nurse.

Side Effects

you will likely experience mild to moderate swelling of the treated area, this will last for about 12- 24 hours; ice or cold compresses can be applied to reduce swelling if required. You may notice a tingling sensation while the cells are being activated. In rare cases skin infection may occur, which is easily treated with an anti-biotic.

Contraindications

You should not have PRP treatment done if you have any of the following conditions: Skin conditions and diseases including: Facial cancer, existing or uncured. This includes SCC, BCC and melanoma, systemic cancer, chemotherapy, steroid therapy, dermatological diseases affecting the face (i.e. Porphyria), Blood disorders and platelet abnormalities, Anticoagulation therapy (i.e.: Warfarin) Platelet dysfunction syndrome, critical thrombocytopenia, hypofibrinogenaemia, haemodynamic instability, sepsis, chronic liver disease, Hepatitis or any acute or chronic infections. Aspirin, Anti-inflammatory such as Nurofen, Voltaren, Diclofenac, or Naproxen etc.? St Johns Wort, Garlic, Are you currently taking, or have you recently taken (within 14 days) Vitamin E, or Fish Oil supplements that could have a thinning effect on your blood.

In case of presence of any previously mentioned contraindications please mention it here

Or Ask the doctor if you are not sure or you have any questions.

Patient's Name and Signature:

Date: ... / ... / ...

وصف العلاج

يتضمن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينة من دم المريض تساوي

تقريبا (١١ - ٢٢) مل

ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام

سائل فاصل التفتيح بشكل خاص.

ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج التحفيز الخلوي و اعادة

التحصيرة لها.

هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض.

إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

الأعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف إلى المتوسط في المنطقة المعالجة. و قد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة التورمية إذا تطلب الأمر. من الممكن ان تشعر ببعض الخنز الخفيف بينما يتم تنشيط الخلايا. نادرا ما يصاحب العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام الخضابات الحيوية.

موانع العلاج

لا يجب أن تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية:

- الأمراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخلايا الحشرية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغرية و السرطان الجهازي و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الأمراض الجلدية التي تصيب الوجه (مثل البروفيريا) أمراض الدم و الظل في الصفائح الدموية. علاج بعض الدم (مثل، الورثوزين)
- متلازمة خال الصفائح الدموية. القصور الحاد في عند الصفائح الدموية. نقص في قيرينجين الدم. عدم استقرار تنفق الدم. حالات التعفن الدموي، أمراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.
- تناول الأسبرين و مضادات الالتهاب كالتايبروفين و الثورون و الستيرويدات و التاروكسيب و مستحضرات الفم أو إذا كنت تتناول حاليا (خلال الأربعة عشر يوما الماضية) كمكبات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي إلى ترقق الدم. هي حالة وجود أحد موانع العلاج التي سبق تحريفها يرجى كتابتها تلك هنا

و إذا لم تكن متأكدًا أو كنت لديك أي استفسارات اسأل الطبيب المختص،

اسم المريض / التوقيع

نور ياسر محمد

التاريخ: ... / ... / ...

نور ياسر محمد

I understand that due to the natural variation in quality of Platelet rich plasma, results will vary between individuals. I understand that although I may see a change after my first treatment; I may require a series of up to 6 sessions to obtain my desired outcome. The procedure and side effects has been explained to me including alternative methods; as have the advantages and disadvantages. I am advised that though good results are expected, the possibility and nature of complications cannot be accurately anticipated and that, therefore, there can be no guarantee as expressed or implied either as to the success or other result of the treatment. I am aware that the PRP treatment is not permanent as natural degradation will occur over time.

I authorize Dr. from Orchid Medical Center, perform the injection of PRP (Platelet Rich Plasma) for rejuvenation. This consent form will be valid for up to 6 applications of PRP, after which time I may be asked to compete a new form. I state that I have read (or it has been read to me) and I understand this consent and I understand the information contained in it. I have had the opportunity to ask any questions about the treatment including risks or alternatives and acknowledge that all my questions about the procedure have been answered in a satisfactory manner and that all blanks were filled in prior to my signature and I had the right to refuse the treatment. THIS CONSENT FORM IS VALID UNTIL ALL OR PART IS REVOKED BY ME IN WRITING. When completing the medical questionnaire, I have answered the personal medical history questions fully and to the best of my ability.

Patient's Name and Signature: _____

Date: ... / ... /

أفهم أن نتائج هذا العلاج قد تتفاوت من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية.

و أفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من بعد جلسة العلاج الأولى قد أحتاج حتى ٦ جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

أقر بأن هذا الإجراء الطبي وآثاره الجانبية و بدائله الممكنة و منافعه و مضاره قد شرحت لي بشكل كامل.

و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المضاعفات و طبيعتها بدقة. و بالتالي، لا توجد أي ضمانات واضحة أو ضمنية لنجاح هذا العلاج أو أي نتائج أخرى.

أدرك أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجاً دائماً لأن التراجع الطبيعي سوف يحدث مع الوقت.

أفوض الدكتور من مركز أوركيد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لإعادة النضارة. و إن هذا الإقرار و التفويض سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قادمة. و أنني قد أحتاج لتوقيع إقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الإقرار بالكامل (أو قد تمت قراءته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و إنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الأخطار و الأعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له. و أن جميع أسئلتي قد أُجيببت بشكل كامل و وافي و أن جميع الإجابات التي ضمنتها في الإقرار و جميع الخانات تمت إجابتها و ملؤها قبل توقيعني أدناه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

إن هذا الإقرار صالح بالكامل حتى أغيه كاملاً أو جزئياً و بخط اليد.

أقر أنني قد صلت استمارة الاستشارة الطبية و شرحت تاريخي الطبي بشكل كامل و يكامل إرادتي.

اسم المريض / التوقيع

نور يا محمد

التاريخ: ... / ... /

س



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 577.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005779)

Date:02-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003221 - NOOR 00. - 971505113453

The sum of Dhs. Five Hundred Seventy-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 577.50

Bank: Cheque No.

Date: 02-11-2019

Being 1 session prp hair + vat

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

Confirmed by : 1003221 - NOOR 00. - 971505113453

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005778

Date: 02-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003221 - NOOR 00. - 971505113453

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,500.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

eing **ADVANCE FOR 3 SESSION PRP HAIR 1650 AND 3 SESSION MESO 1200 + VAT BALANCE 1492.5**

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

ورقة موافقة على علاج الميزوثيرابي

التاريخ: _____

انا السيدة/السيدة نورا محمد أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الميزوثيرابي و كل التفاصيل المتعلقة به، والغاية من الاستخدام و على ما يحتويه.

لقد تم ابلاغي تحديدا عن ما يلي:

سوف يظهر بعد العلاج بعض من ردود الفعل او علامات من الشائع حدوثها والتي 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 يتحسس 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 ابلاغي أيضا بأنه اعتمادا على المنطقة المراد حقنها و نوع البشرة و درجة المشكلة التي تعاني منها بشرتي، 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 أتفهم مدى اهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او تأجيل المواعيد. وأيضا اتفهم 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

التوقيع: _____

اسم المريض: نورا محمد

التوقيع: _____

اسم المعالج: _____



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006042)

Date:20-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003221 - NOOR 00. - 971505113453

The sum of Dhs. Four Hundred Twenty 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 420.00

Bank: Cheque No.

Date: 20-11-2019

Being MESO HAIR + 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 :1003221 - NOOR 00. - 971505113453

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-006696)

Date: 25-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003221 - NOOR 00. - 971505113453

The sum of Dhs. Four Hundred Twenty 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 420.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-12-2019

Being meso hair + 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 : 1003221 - NOOR 00. - 971505113453

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,492.50 **RECEIPT VOUCHER** No: REC-006694
Date: 25-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003221 - NOOR 00. - 971505113453**

The sum of Dhs. **One Thousand Four Hundred Ninety Two and Five Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,492.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

ing advance for meso and prp + 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 أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007236)

Date:25-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003221 - NOOR 00. - 971505113453

The sum of Dhs. Four Hundred Twenty 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 420.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-01-2020

Being 1 SESSION MESO + 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 : 1003221 - NOOR 00. - 971505113453

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