



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 4 / 11 / 19

Date: ... / ... /

File Number: 1003839

Patient Name: Munira Nisar

اسم المريض:

Date Of Birth: 08 / 07 / 1983 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality: (الجنسية): Pakistani

Occupation: (الوظيفة): Banker

Address (العنوان): Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 050-5023571

E-MAIL:

How did you know about us: Facebook / Google

التاريخ الطبي Medical History		
الصلابة العينية 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 أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثا؟	✓	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	✓	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	✓	
Surgical Operations, Serious Illness هل اجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	✓	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	✓	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	✓	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) لوكميا (نقر الدم)	✓	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	✓	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	✓	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	✓	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	✓	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	✓	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	✓	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	✓	
Other conditions من أي امراض أخرى؟ فيروس الايدز، فيروس الحلا البسيط etc HSV, HIV...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: .../.../.....

طهينا

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 بالعلاج 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 لتنتائج 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 والإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو القروح 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 قدمت لي فتحي الملف صحيفياً و أتفهم ان أي 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 بكامل ارادتي

انا 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 (نمط 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

عمليات سابقة , ادخال للمستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

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

.....



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 الاحترق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدرة ؟ 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 Hydeoquenon on Site?Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة ؟ 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/ 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 v'ion 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 *Mina*

Date
... / ... /

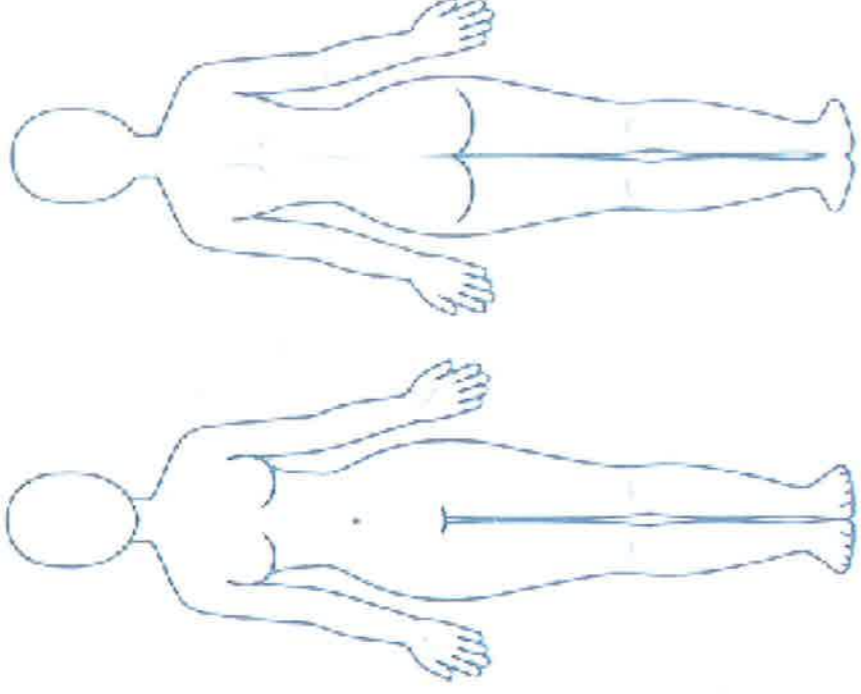
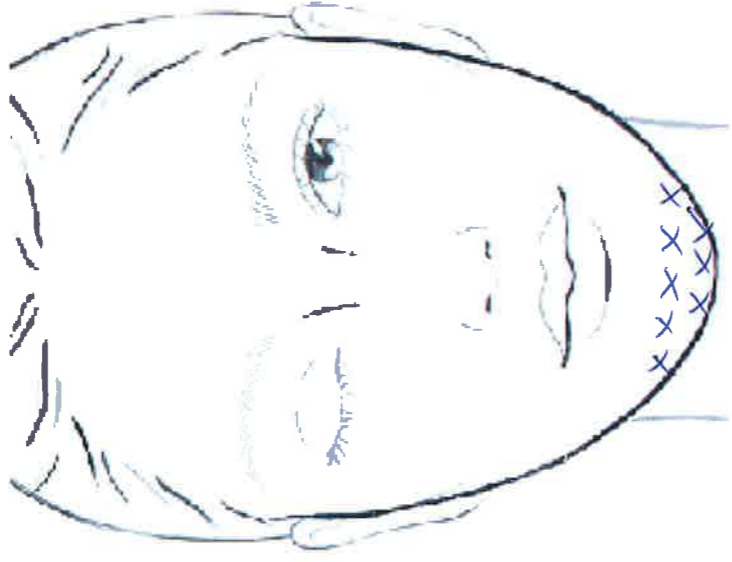
انا اؤوكيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر. أفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم ماصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إنهاء الشعر. أفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة. مع التزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص لأشخص 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 حول على النتيجة المطلوبة.
براحض الجانبية
تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و لتققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشى خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة نسس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
إنه قد أتاحت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و ت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري او حصلت ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

سم و التوقيع

تاريخ

... / ... /

Patient's Name: Muneiba اسم المريض
 File Number: رقم الملف
 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	4/11/19	25/12/19	27/02/20			
Treatment Area	chin	Same	Same			
Hair Type	thin	Thin	Thin			
Mode	Nd yag					
Fluence	20/12.5	NDYAG:16	NDYAG:16			
Pulse Type	SP size-10	20J/12.5ms	20J/11ms			
CNT Pulse						
Passes	1					
Starting Time	4:50	5:40pm	6:10pm			
Finish Time	5:00					
Post Treatment	Hirudoid	HIRUDOID	HIRUDOID			

Therapist Name and Signature

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO*

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	Muniba Nisar,Nisar Ahmed Naeem	IDN:	784198374281487	Mother Name:	
Name (Ar)	منیبه نisar, نisar احمد نعیم	Card Number:	088990585	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PAK	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	پاکستان		
Issue Date:	09/05/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	08/02/2021	Date of Birth:	08/07/1983	Sponsor Name:	شار احمد نعیم علی احمد
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0102325707
Residency Type:	03	Residency Number:	20119943163218	Residency Expiry:	08/02/2021
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

11/4/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005824)

Date:04-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003239 - MONEEBA 00. - 971505023571

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 52.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-11-2019

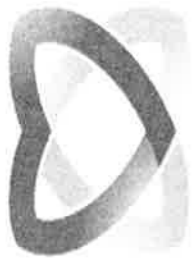
Being 1 session chin + vat

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 : 1003239 - MONEEBA 00. - 971505023571

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 52.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-007888)

Date: 27-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003239 - MONEEBA 00. - 971505023571

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 52.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 27-02-2020

Being CHIN 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 : 1003239 - MONEEBA 00. - 971505023571

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006710)

Date:25-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003239 - MONEEBA 00. - 971505023571

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 52.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-12-2019

Being 1 SESSION LASER CHIN + 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 : 1003239 - MONEEBA 00. - 971505023571

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