

مركز أوركيد الدم  
ID MEDICAL CENTER

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

Date: 9 / 11 / 19

Date: ... / ... / .....  
 Patient Name: Nour Adnan File Number: 1003284 اسم المريض: نسور عدنان  
 Patient Name: ..... (الحالة الاجتماعية): M / F Marital Status: ..... (الحالة الاجتماعية): متزوج  
 Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 7 / 7 / 1996 Gender: M / F Marital Status: ..... (الحالة الاجتماعية): متزوج  
 Nationality (الجنسية): عراقية Occupation (الوظيفة): طالبة Phone No. (رقم الهاتف): 0653373369  
 Address (العنوان): السليمانية - منطقة الرشيدية - 5 How did you know about us: .....

E-MAIL: .....

التاريخ الطبي Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition		
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	✓	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	✓	
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 روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	✓	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعةات للدم؟	✓	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا انيميا (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	✓	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، 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 تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	✓	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، 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؟ HIV, HSV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط 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 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 الخصم 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 لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي. كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية.
- أتفهم تماما 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 الالام 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 لدي فتحتي الملف الصحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكافية 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 (نوعية 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 المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة والسريية 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

How do you better describe your skin Type ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟	<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار <input checked="" type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره فرغم / لا	لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا	لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم/ لا	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؟	لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No هل قمت بتفك أو كمي أو إزالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا	لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? ..... متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا	لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا	لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No هل لديك اي وشموم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا	لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا	لا
What products you are using for your skin recently? .....	لا
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا	لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا	لا
Have you done any permanent make up? Yes / No هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا	لا

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

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 .....

Date

... / ... / .....

أنا ..... أوافق على إجراء إزالة الشعر بالليزر.

أوافق على إجراء إزالة الشعر بالليزر في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر.

أفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

صاها في الأصباغ الموجودة في بصيرات الشعر لتعمل قدرتها على انماء البشرة.

أفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع

عمر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و احتياج استجابة الأشخاص

للاج. و اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتق و التفت و الكريمات و ازالة

عمر بالشمع و الكمي و اني اخترت ازالة الشعر بالليزر.

بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.

جب تقادي ازالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 اسابيع على الأقل.

لوشوم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

جب اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة

لأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية و اي عقاقير تمنعهم من

التعرض للشمس لفترة طويلة لا يحكمهم ازالة الشعر بالليزر.

هم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات

وصول على النتيجة المطلوبة.

عراض الجانبية

تضمن الاعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و

تققات. و هذه الاعراض الجانبية ستلاشى خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص

زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تنوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة

شمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أنه قد أتيتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الاسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و

ت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قرأته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و احصت

ب موافقة ولي الحرجي في حال عدم بلوغني السن القانوني.

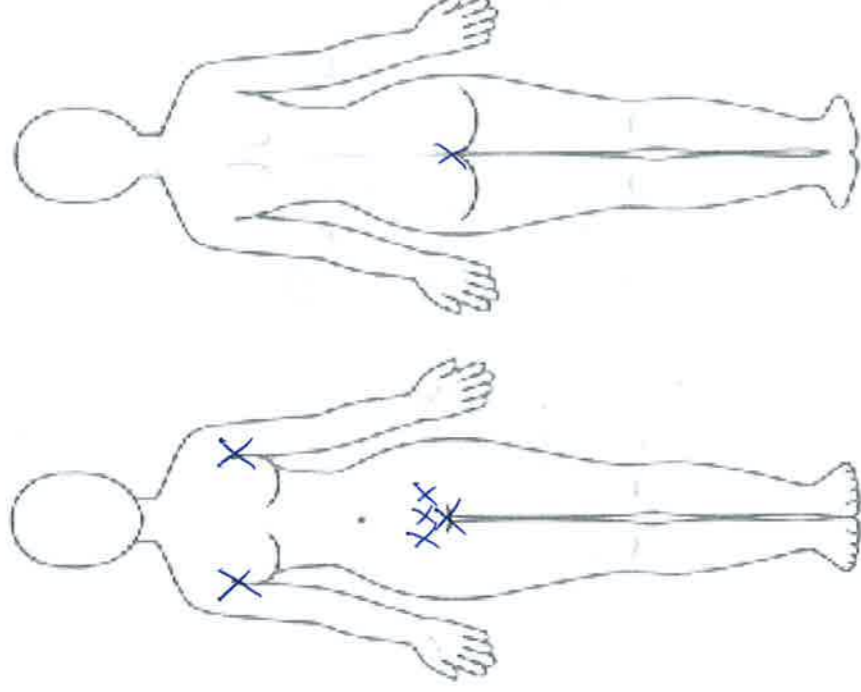
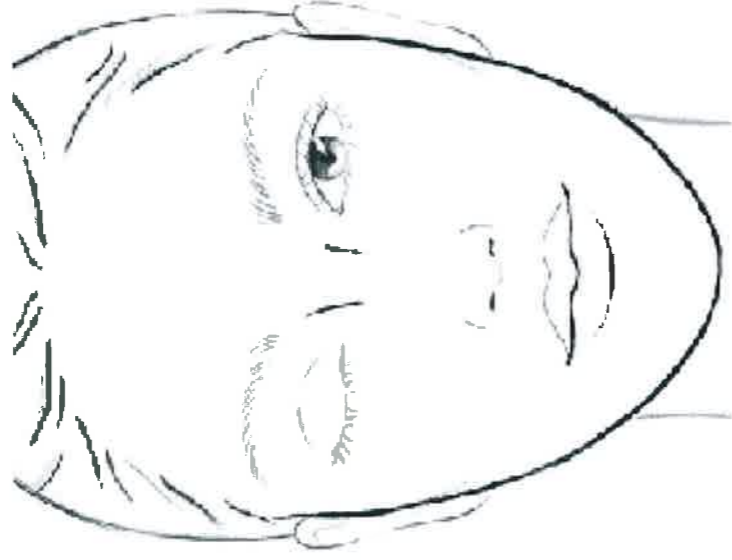
اسم و التوقيع .....

.....

رئخ

... / ... / .....

Patient's Name: Noor Adnan إسم المريض  
 File Number: 1.00.32284 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	9/11/19					
Treatment Area	Bikini, UA					
Hair Type	moderate					
Mode	Diode					
Fluence	6J / short					
Pulse Type	FDP					
CNT Pulse						
Passes						
Starting Time	7pm					
Finish Time	7-15pm					
Post Treatment	Mirvacid					

Therapist Name and Signature .....

REDAD DATA

CAEAI0EBAA830DQxO

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	Noor,Adnan,,Kamil	IDN:	784199643260864	Mother Name:	Muna
Name (Ar)	نور، عدنان، و كميل	Card Number:	091237450	Mother Name (Ar):	منى
Title:		Nationality:	IRQ	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	العراق		
Issue Date:	11/10/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	09/10/2021	Date of Birth:	07/07/1996	Sponsor Name:	عدنان كميل عبد عبد
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	07899445
Residency Type:	03	Residency Number:	20120123157842	Residency Expiry:	09/10/2021
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

11/9/2019





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 240.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005922

Date: 09-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003284 - NOOR KAMIL - 971553073369**The sum of Dhs. **Two Hundred Fourty Only**By Cash **240.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being advance for 3 sessions bikini and 3 sessions under arms + vat balance 337.5

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**