



File No:

Date: ١٢ / ١١ / ٢٠١٩

Date: ... / ... / File Number:
اسم المريض:
Patient Name: Dina, Ashraf, Mohamed
Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Married
Date Of Birth : 7 / 7 / 1996 Gender : M / F
Nationality (الجنسية): Egyptian (الوظيفة): Pharmacist
Address (العنوان): Al-Jamra
Phone No. (رقم الهاتف): 0568983230
E-MAIL: Dina.a.Ashraf.mahd@icloud.com How did you know about us: Instagram

| 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 تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟ | No | |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟ | No | |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟ | No | |
| Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني 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 تتعاطى أي مميعات للدم؟ | No | |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) | No | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى | No | |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ | No | |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | No | |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، 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 تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | No | |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ | No | |
| Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، 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: 12. / 11. / 2019

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 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 لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي. كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

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 فتحي الملف الصحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا 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 اراضي

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): 63 Kg | Height (الطول): 164 cm | Blood Type (دم): |
| Pulse (النبض): | Blood Pressure (دم): / | Blood Sugar (سكر الدم): |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

عمليات سابقة، Hospitalization
عمليات سابقة، Previous Surgeries

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (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 الاجابة على الاسئلة التالية بدقة

| | |
|--|---|
| How do you better describe your skin Type ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟ | <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned <input checked="" type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned |
| Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا | <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No |
| Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/No هل تناولت عقار الاكيتان/ الايسوتريتونين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا | <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No |
| Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydrocoequenon on Site?Yes / No هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهايدروكوتيون في منطقة العلاج؟ نعم / لا | <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No |
| Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No هل قمت بتفلق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا | <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? 4.. month... ago Do/ Did you use any tanning products? Yes / No هل كنت اخر مرة تعرضت فيها لضوء الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا | <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No |
| Do you Have any tattoos on site? Yes / No هل لديك اي وشموم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا | <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No |
| Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No What products you are using for your skin recently? هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا | <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No |
| Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes/ No For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا للسيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا | <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No |
| Have you done any permanent make up? Yes / No هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا | <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No |

I, Dina..... 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

Date

12 / 11 / 2019

اسم و التوقيع

تاريخ

..... / /

أنا استشارة / الطبية / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.

أفهم أن أشعة الليزر تنتج طبقا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم صاخصها في الأصباغ الموجودة في بصليات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر.

أفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص لاج. و اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق والتف والكريمات و إزالة شعر بالشمع والكي و اني اخذت إزالة الشعر بالليزر.

باني قد تلقيت التعليمات التالية:

: يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج. يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتف قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.

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

يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و المساسية و نوع البشرة

لأشخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الست اشهر الماضية أو اي عقاقير تمنعهم من

لتعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

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

وصول على النتيجة المطلوبة.

عراض الجانبية

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

نقعات. و هذه الاعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الي عدة ايام بعد العلاج. نقص

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

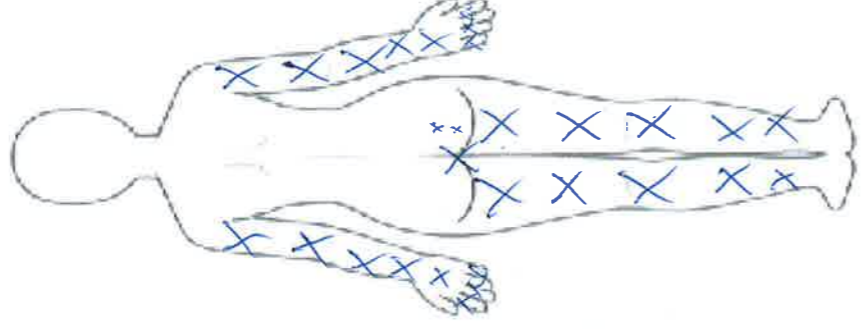
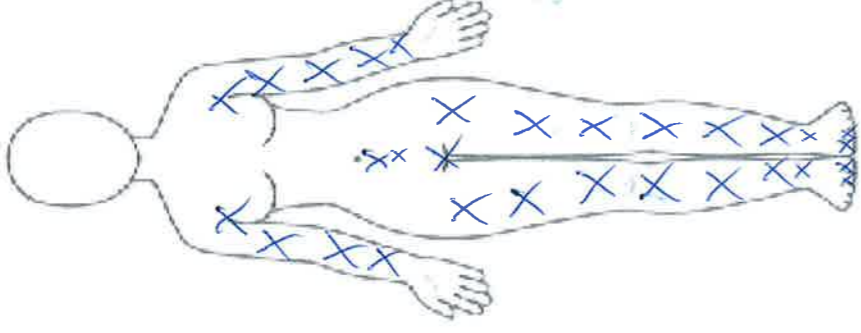
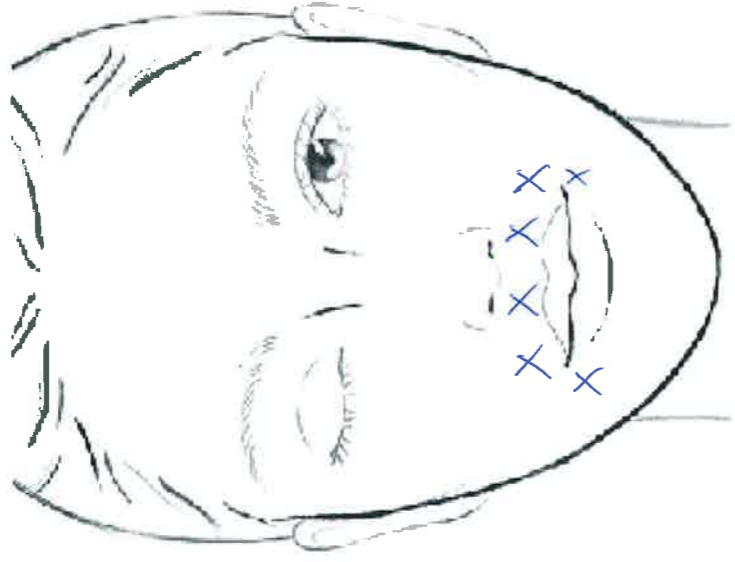
ممس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أنه قد أتيتحت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الاسئلة الي المعالج المختص و أنني قد قرأت و

تحت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت

ب موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

Patient's Name: Dina Ashraf :إسم المريض
 File Number: :رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No :تخفيف الألم
 Evaluation and consent form completed? Yes / No :تقييم و الموافقة
 Pretreatment photography taken? Yes / No :التصوير قبل العلاج



| | Session 1 | Session 2 | Session 3 | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|----------------|---------------|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Treatment Date | 10/11/19 | 06/12/2020 | | | | |
| Treatment Area | Full body | Same | | | | |
| Hair Type | Coarse Medium | Medium/Dark | | | | |
| Mode | DP1/FDP | | | | | |
| Fluence | | Alen | | | | |
| Pulse Type | 16J/BORST | 8J/10 | | | | |
| CNT Pulse | | | | | | |
| Passes | 2 | | | | | |
| Starting Time | 9:30 pm | 8:15 pm | | | | |
| Finish Time | 9 pm | 16:15 ms | | | | |
| Post Treatment | HIRUDOID | HIRUDOID | | | | |

Therapist Name and Signature

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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 | Dina,Ashraf,Mohamed,Rashad,Alimed | | |
| Name (Ar) | دينا اشرف محمد رشاد احمد | | |
| Title | IDN: | 784199649173855 | Mother Name: |
| Title (Ar): | Card Number: | 081706301 | Mother Name (Ar): |
| Issue Date: | Nationality: | EGY | Family ID: |
| Expiry Date: | Nationality (Ar): | مصر | |
| Marital Status: | Sex: | F | Sponsor Type: |
| Residency Type: | Date of Birth: | 07/02/1996 | Sponsor Name: |
| ID Type: | Husband IDN: | | Sponsor Number: |
| | Residency Number: | 20120103152031 | Residency Expiry: |
| | Occupation: | 11 | Occupation Field: |
| | | | 00 |



Photo

Signature Image

دينا اشرف

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

11/12/2019



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005952)

Date:12-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003302 - DINA AHMED - 971568983230

The sum of Dhs. One Thousand Five Hundred Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 1,575.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 12-11-2019

Being SHE TAKE BAKEJ 3 SESSIONS FULL BODY BY VIKINI + 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 : 1003302 - DINA AHMED - 971568983230

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