



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: / /

Date: ... / ... /

File Number:

Patient Name:

AMAN SALZHA

Date Of Birth:

22/11/1988

Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية):

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Dubai

Phone No. (رقم الهاتف): 0555253636

E-MAIL:

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة المرضية 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 حثيثاً؟	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 الدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكميا (فقر 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 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 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 هل تعاني من أي أمراض أخرى؟	No	
HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلاّ 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: ... / ... /

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 العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للقوصات والجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 قدمت لي قد بقي الملقف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا 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

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 ، إخطال المستشفى

Smoking (التخين): 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

.....



precisely Kindly Answer the following questions يرجى الاجابة 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 Have you ever had Scars or keloids? Yes / No Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydrocoquenon on Site? Yes / No Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No Did you get exposed to sun or got tanned lately? Do/ Did you use any tanning products? Yes / No Do you Have any tattoos on site? Yes / No Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No What products you are using for your skin recently?..... Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No Have you done any permanent make up? Yes / No	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عدية الاسمرار <input checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم / لا هل ظهر لديك حلا بسيط أو بشر أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدوكوينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال ٦ اسابيع الماضية؟ نعم / لا متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحمامة شمسية؟ هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم / لا هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا ماهي المنتجات التي تستخدمونها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟ هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / 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 theremative 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

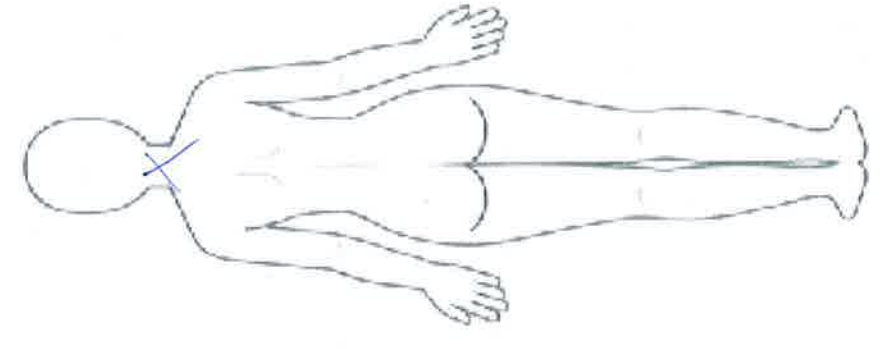
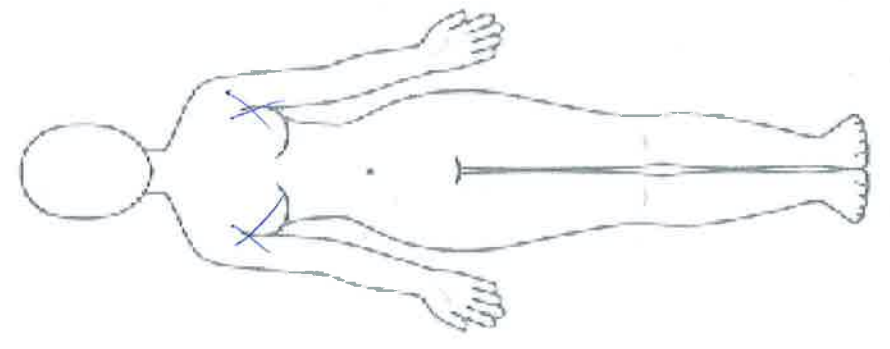
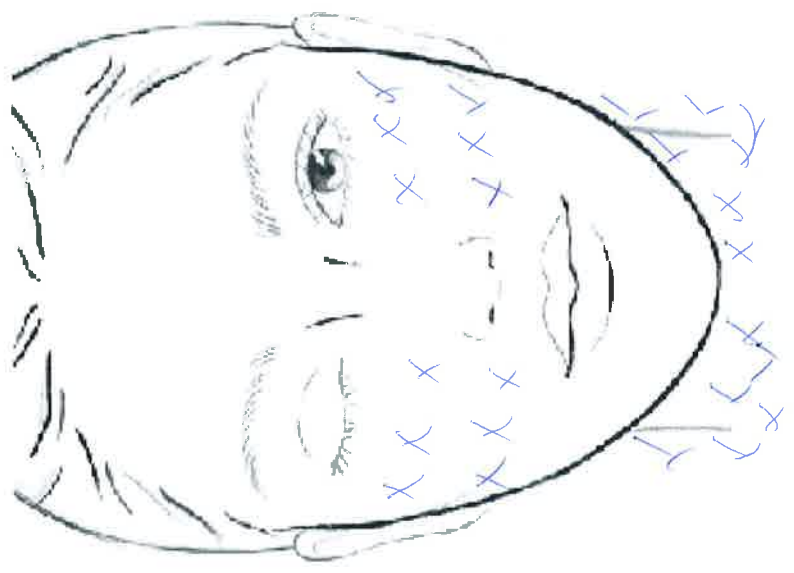
Date ... / ... /

أنا بصحة... ابتسامة... جمال
أروركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير الدائم به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
تقوم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. تقوم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص لاج، و ابي على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالمق و التفتف و الكريمات و إزالة شعر بالشمع و الكي و ابي اخترت إزالة الشعر بالليزر.
بأني قد تلتفت التعليمات التالية:
يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ اسابيع قبل و بعد العلاج. يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتف قبل العلاج ب ٦ اسابيع على الأقل. لوشوم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر. يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و المساسية و نوع البشرة لأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست اشهر الماضية أو اي عقاقير تمنعهم من تعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر. لم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات وصول على النتيجة المطلوبة.
مراض الجانبية تتضمن الاعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق، و من الممكن حدوث بعض التورم و نقرات، و هذه الاعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة مسم و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
أني قد أتحت لي الفرصة للإستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أني قد قرأت و مت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي، و أني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلغي السن القانوني.

سم و التوقيع

ريخ

Patient's Name: Adnan اسم المريض:
 File Number: 1003038 رقم الملف:
 Pain Relief given? Yes / No تخفيف الألم:
 Evaluation and consent form completed? Yes / No التقييم والموافقة:
 Pretreatment photography taken? Yes / No التصوير قبل العلاج:



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	13/11/19	6/1/20	09/02/20	19/3/20	6/05/20	2/6/20
Treatment Area	axilla, Nape, neck Beard	Same	Same	UA, Beard, neck, Nape	Same	UA Beard Nape Neck
Hair Type		Alex (6m)	Alex: 20	Alex 20	Alex: 20	Alex 20
Mode	Alex 8/15ms	UA - 8/15	UA - 8J/12ms	8/12 UA	UA - 8J/13ms	8/12ms
Fluence	13/18ms	face - 8/20	face - 8J/15ms	Checks, neck, nape	Beard - 8J/16ms	line - YAG 20
Pulse Type				NO YAG 10		
CNT Pulse	1	1 pass	1	20 J/20ms	1 pass	1 pass
Passes	6 pm	7. 30pm	8 pm	1 pass		
Starting Time						
Finish Time						
Post Treatment	Hirsutoid	Hirsutoid HIRUDOID	HIRUDOID	HIRUDOID	HIRUDOID	HIRUDOID
	<i>Post</i>	<i>Post</i>	<i>Post</i>	<i>Post</i>	<i>Post</i>	<i>Post</i>

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 750.75

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005959)

Date:13-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003307 - ADNAN 000 - 971555253636

The sum of Dhs. Seven Hundred Fifty Dirhams and Seventy-Five Fils Only

By Cash 750.75 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 13-11-2019

Being he take bakej 3 sessions axilla+ 3 sessions full face + 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 : 1003307 - ADNAN 000 - 971555253636

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

315
+ VAT



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008206)

Date:19-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003307 - ADNAN 000 - 971555253636

The sum of Dhs. **One Thousand Fifty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **1,050.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Date: 19-03-2020

Being **6 SESSIONS UNDER ARMS + 6 SESSIONS BEARD + 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 : 1003307 - ADNAN 000 - 971555253636

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