



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

خبر ٢٥٩٥

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

File No: .....

Date: 21/11/19

Date: 21/11/19

File Number: 1003353

Patient Name: Latifa Atman Alkhatir

إسم المريض: Latifa

Date Of Birth: 24/5/1997 Gender: M (F)

Marital Status: (الجماعية) Single

Nationality (الجنسية): UAE Occupation (الوظيفة): Student

Address (العنوان): Al Safa 2 - Dubai

Phone No. (رقم الهاتف): 027633668

E-MAIL: Latifa.alkhatir@alshifa.com

How did you know about us: Online

التاريخ الطبي Medical History	
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	No
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات 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) لوكميا (نقر 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 انت 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 الغدة الدرقية؟	No
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc 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: ٢٠١٩ / ١١ / ٢١

### 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 الاضافية 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 نتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعمليات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تزوي لي، 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدتمت لي فتحني الملف الصحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر ان 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 (دم فصيلة الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم ضغط الدم):	/	Blood Sugar (دم سكر):	

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، أبحال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تعاظمي العقاقير) : Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



PATIENT NAME: *halda*

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
21-NOV-2019	Bleaching	600		D. Amira
	<div data-bbox="540 1033 765 1390" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     د. اميرة حسن                      Dr. Amira Hassan                      ممارس عام - طبيب اسنان عام                      G.P General Dentist                      ترخيص رقم: D57288                      مركز اوركيدي الطبي                      Orchid Medical Centre                 </div>			
30/11/2019	PIH + ACNE TCA under arms Plan: yellow peel lips filler Nose Botox	pack pack		
19.12.2019	yellow peel face TCA under arms - 35%			<div data-bbox="1074 478 1430 898" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     د. وسام مروان الطباع                      Dr. Wasam Marwan Al Tabbaa                      اختصاصي الجلدية                      Dermatologist Specialist                      ترخيص رقم: V826                      مركز اوركيدي الطبي                      Orchid Medical Centre                 </div>
21/12/19	hair - face body plus (Deka)			
4/11/2020	MesoWhite (Gth 0.8) next epp; 5/2: meso		450	
21/01/20	hair - face body plus (Deka), full body plus (Deka)			<div data-bbox="1596 487 1816 877" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     د. وسام مروان الطباع                      Dr. Wasam Marwan Al Tabbaa                      اختصاصي جلدية                      Dermatology specialist                      ترخيص رقم: V826                      مركز اوركيدي الطبي                      Orchid Medical Centre                 </div>
4/3/2020	permanelan mgsk + treat next: 11/4: fu			
				<div data-bbox="1905 499 2053 844" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     د. وسام مروان الطباع                      Dr. Wasam Marwan Al Tabbaa                      اختصاصي جلدية                      Dermatology Specialist                      ترخيص رقم: V826                      مركز اوركيدي الطبي                      Orchid Medical Centre                 </div>

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO

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	Latifa,Othman,Juma,Alhayer,Almarr	IDN:	784199785364193	Mother Name:	Radeya
Name (Ar)	لطيفة عثمان جمعان الطاهر المري	Card Number:	093861468	Mother Name (Ar):	راعية
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	201011628
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	29/03/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	29/03/2029	Date of Birth:	24/06/1997	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

11/21/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006058)

Date:21-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003353 - LATIFA ALMARRI - 971527633668

The sum of Dhs. **Four Hundred Twenty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **420.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date: 21-11-2019

Being **TEETH WHITENING 400 THURSDAY OFFER + 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 : 1003353 - LATIFA ALMARRI - 971527633668

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**

## ورقة الموافقة على التقشير الكيميائي

التاريخ: \_\_\_\_\_

أنا أخول \_\_\_\_\_ لتطبيق \_\_\_\_\_ لنضارة بشرتي وعلاجها من  
التصبغات وآثار الحبوب والتجاعيد.  
أتفهم جيدا بأن هذا الاجراء اختياري بحت, وأن النتيجة قد تختلف من شخص لأخر والعلاجات المتعددة  
قد تكون ضرورية.

أتفهم بأنه:  
من المحتمل حدوث بعض المضاعفات التي قد تكون نادرة لكن محتملة.  
ظهور بعض الاعراض الجانبية الشائعة كاحمرار مؤقت, حرق بسيط وقد يستمر لمدة 3 إلى 4 ساعات  
أو لعدة أيام.

تصنيفات متغيرة تشمل هابيربيجمنيتيشن (تفتيح للبشرة) أو ( غامقان بالبشرة) وقد تستمر لمدة 1 إلى  
6 اشهر أو أكثر.

بعض الاعراض المحتملة الاخرى كشعور بالحكة, ألم, حرق, التهاب, تقشير, تورم. من المحتمل ايضا  
عدم الحصول على النتيجة المتوقعة أو المرغوب بها.

أتفهم بأنه عند تعرضي للشمس أو جهاز التشمس وعدم الالتزام بإرشادات العناية المطلوبة اتباعها قد  
تزيد من فرصة حدوث مضاعفات.

إرشادات قبل وبعد العلاج واجراءات العلاج تم شرحها لي بالكامل من الفوائد المحتمل الحصول عليها  
والمضاعفات . لقد تمت الاجابه على جميع تساؤلاتي وأنا أوافق بشدة على تطبيق العلاج.

إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء  
أو تأجيل المواعيد. وايضا أتفهم أن المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبدل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي/ تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج, ولن يتم التعرف على هويتي  
من الصور أو الوصف المرفق  نعم  لا

التوقيع



اسم المريض / الضامن & العلاقة

Latifa Alayev

التوقيع

اسم الدكتور / المعالج

\_\_\_\_\_





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,990.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006251

Date: 30-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003353 - LATIFA ALMARRI - 971527633668**The sum of Dhs. **One Thousand Nine Hundred Ninety Only**By Cash **1,990.00** / 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 lip filler 750 + yellow peel face 3 sessions 1500 + 3 session chemical peel under arms 1200 + botox 350 + .at balance 2000**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](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006253)

Date:30-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003353 - LATIFA ALMARRI - 971527633668

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: 30-11-2019

Being chemical peel under arms + 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 : 1003353 - LATIFA ALMARRI - 971527633668

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e – mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



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	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جيرة؟ نعم / 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
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 Hydroquenenon on Site?Yes/ No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك 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? .....	هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ .....
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك أي وشم/ تاتو في منطقة العلاج؟ 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 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.

أنا ..... أقدمي إلى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور. تفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. تفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع التزاوم المرضي بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني علم على كامل كافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك و التفتف و الكريما و إزالة شعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر. بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:  
- يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل وبعد العلاج.  
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتف قبل العلاج ب ٦ أسابيع على الأقل.  
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.  
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة  
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من تعريض الشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.  
- أنه أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات وصول على النتيجة المطلوبة.  
مراض الجانبية  
تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و نتفحات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام 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.  
أنه قد أتيتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الاسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و ت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و اني تجاوزت الثامنة عشر من عمري او حصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

Name and Signature .....

اسم و التوقيع .....

Date ... / ... / .....

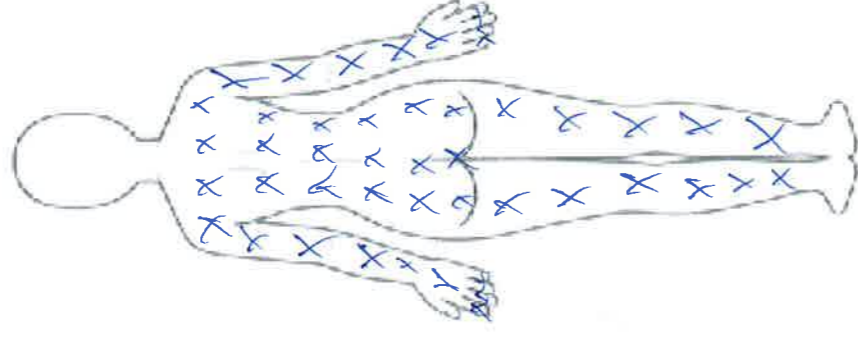
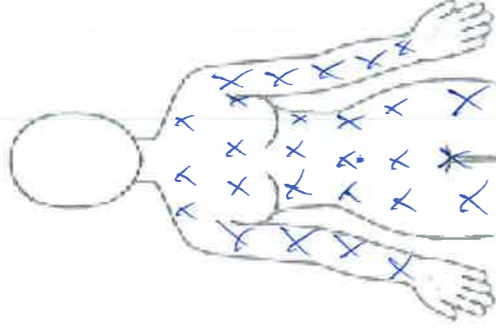
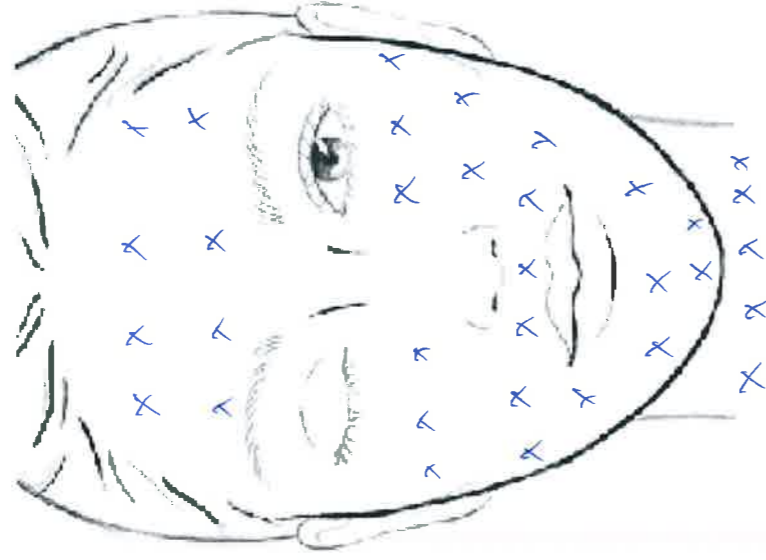
تاريخ .....

اسم المريض: hatsfa

File Number: ..... رقم الملف: .....

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No ..... Pretreatment photography taken? Yes / No



Face pending

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	21/12/19	21/01/20	21/3/20			
Treatment Area	full body + Mud/Thick	full body + Mud/Deak	full body + Deak / Coarsely			
Hair Type			ND yag 20			
Mode	NDYAG	NDYAG	ND yag 20			
Fluence			leg - 12 J/cm <sup>2</sup>			
Pulse Type	14J/18ms					
CNT Pulse		14J/17 - 16ms	Arms - 14/18ms			
Passes	Bikini	12J/9ms	Body (10.52)			
Starting Time	12J/9ms	Bikini - 12J/18ms	do ms / do J			
Finish Time	3pm	4:30pm	1 pass			
Post Treatment			1 pass			

*[Signature]*

Therapist Name and Signature .....

ورقة موافقة على علاج الميزوثيرابي

Lafifa Alkafar  
التاريخ:

انا السيد/السيدة \_\_\_\_\_ أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الميزوثيرابي و كل التفاصيل المتعلقة به،و الغاية 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 و التي 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 تلتئم 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 أفهم مدى اهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او تأجيل المواعيد. وأيضا أفهم 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: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_

اسم المريض: \_\_\_\_\_

اسم المعالج: \_\_\_\_\_





مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006883)

Date:04-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003353 - LATIFA ALMARRI - 971527633668

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 472.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-01-2020

Being MESO FACE + 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 : 1003353 - LATIFA ALMARRI - 971527633668

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

## أقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

بمقروض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام جهاز Q-Switch أقر أنا \_\_\_\_\_

ليزر ال ■ التقشير الكربوني باستخدام لوشن الكربون يتبعه التقشير بالليزر هو أحد الإستطبات لإعادة نضارة البشرة ، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والتدور الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها) المرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى، تحسين لمس البشرة ، علاج حب الشباب ،إحمرار الجلد ،إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الحبوب ، توسع مسامات الجلد ، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل علم ينصح ب3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكربون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بالإضافة لوشن الكربون مما يستهدف الأصدغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإلتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الإصافر (الوضع A)

. بئر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكوتان) خلال ال6 اشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

. الأمراض الجلدية والالتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإنز و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

. البهاق.

أتقدم تمشا ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة ان تتحقق بعد الجلسة الأولى، ولا يتضمن الطبيب رضاي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات. لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى انهاء خطة العلاج، و انا اتقدم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي للليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج.وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

أتقدم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب. اتقدم ان الاجراء قد ينطوي قد احتمال تاخر في فترة الشفاء/ الالتئام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

أتقدم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت، تأثيرات مشابهة لتغيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة ايام فقط. تغيرات صبغية ( بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الأعراض المحتملة قد تتضمن حكك، الحكة، التهاب، ندوب او نتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للمين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلى ايضا ابقاء عيناوي مطقتان اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة، وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتني وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

اسم المريض/ولي امر المريض:

التوقيع: *Rakfa Altayer*

التاريخ: *27-1-2020*



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-007287

Date: 27-01-2020

AED 400.00

RECEIPT VOUCHERReceive from Mr./Mrs./M/s. **1000600 - ESSAADIA BELLAJ - 971565738581**The sum of Dhs. **Four Hundred Only**By Cash **400.00** / 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 SESSION FULL LEGA + VAT BALANCE 702.50**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 أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007288)

Date:27-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003353 - LATIFA ALMARRI - 971527633668

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 262.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 27-01-2020

Being CARBON 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 : 1003353 - LATIFA ALMARRI - 971527633668

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,675.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007973)

Date:04-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003353 - LATIFA ALMARRI - 971527633668

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 3,050.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 625.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-03-2020

Being dermamilian mask + 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 : 1003353 - LATIFA ALMARRI - 971527633668

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e – mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



## ورقة الموافقة على التقشير الكيميائي

التاريخ: 4/3/2022

أنا أخول Dr. W. S. Alkhatib لتطبيق Dermaplaning على \_\_\_\_\_ لنضارة بشرتي وعلاجها من

التصبغات واثار الحبوب والتجاعيد. أتفهم جيدا بان هذا الاجراء اختياري بحت, وأن النتيجة قد تختلف من شخص لأخر والعلاجات المتعددة قد تكون ضرورية.

أتفهم بأنه:

من المحتمل حدوث بعض المضاعفات التي قد تكون نادرة لكن محتملة. ظهور بعض الاعراض الجانبية الشائعة كاحمرار مؤقت, حرق بسيط وقد يستمر لمدة 3 إلى 4 ساعات أو لعدة أيام.

تصبغات متغيرة تشمل هايبربيجمنتيشن (تفتيح للبشرة) أو ( غامقان بالبشرة) وقد تستمر لمدة 1 إلى 6 اشهر أو أكثر.

بعض الاعراض المحتملة الاخرى كشعور بالحك, ألم, حرق, التهاب, تقشير, تورم. من المحتمل ايضا عدم الحصول على النتيجة المتوقعة أو المرغوب بها.

أتفهم بأنه عند تعرضي للشمس أو جهاز التشمس وعدم الالتزام بإرشادات العناية المطلوبة اتباعها قد تزيد من فرصة حدوث مضاعفات.

إرشادات قبل وبعد العلاج واجراءات العلاج تم شرحها لي بالكامل من القوائد المحتمل الحصول عليها والمضاعفات. لقد تمت الاجابه على جميع تساؤلاتي وأنا أوافق بشدة على تطبيق العلاج.

إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وايضا أتفهم أن المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي/ تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج, ولن يتم التعرف على هويتي من الصور أو الوصف المرفق نعم لا

التوقيع

اسم المريض / الضامن & العلاقة

Latifa








التوقيع

اسم الدكتور / المعالج



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
11/3/2020	lips filler (ct)			
	next: 4/4			
		 Bioscience GmbH 19073 Dummer, Germany	 GeneFill SOFT FILL	 CE 2409
	 LOT	 F-1619/1	 2022-04	
				

## ورقة موافقة على العلاج بالفيلر

التاريخ: 11/3/2020

أنا السيد/السيدة \_\_\_\_\_ أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الفيلر وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه. لقد تم إبلاغي باحتمال ظهور بعض الأعراض الجانبية المصاحبة لحقن مادة الفيلر، والتي من المحتمل ظهورها بعد الجلسة مباشرة أو مؤخرا والتي قد تحتوي على:

التهابات (احمرار، وذمة، إلخ) وأيضا قد تصاحب شعور بالحك، ألم عند الضغط وذلك يكون بعد الحقن مباشرة. هذه الأعراض قد تستمر لمدة أسبوع.

ورم دموي - تيبس في المنطقة المحقونة - حدوث انتفاخ أو تورم أو التهاب او حساسية - حدوث تأثير بسيط أو عدم حدوثه

بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة وسوف تخفي من تلقاء نفسها بعد عدة أيام من جلسة الحقن.

الآثار النادرة الأخرى تتضمن:

لا يمكن التنبؤ بمدى استمرارية الفيلر في الجسم سواء أقصر أو أطول من المدة المتوقعة عدم تناظر الوجه - تغير طويل الأمد في لون الجلد - خمج فيروسي أو خمج جرثومي

ندبة-تقرح - ورم حبيبي - صدمة تحسسية - العمى  
لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 6 إلى 9 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحیح.  
إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا أفهم 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

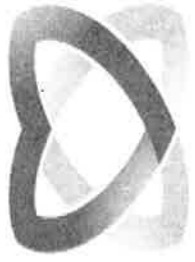
نعم  
لا

اسم المريض: Lathfa

التوقيع: Lu

اسم المعالج: \_\_\_\_\_

التوقيع: س



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008112)

Date:11-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003353 - LATIFA ALMARRI - 971527633668

The sum of Dhs. **Eight Hundred Ninety-Two 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 **892.50**

Bank: Cheque No.

Date: 11-03-2020

Being **LIPS FILLER + 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 : 1003353 - LATIFA ALMARRI - 971527633668

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