



File No:

Date: 21 / 11 / 2019

Date: 21 / 11 / 2019

File Number: 1003360

Patient Name: Mohammed Harb

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 5 / 10 / 1984 Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): عازب

Nationality (الجنسية): Lebanese

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Ajloun

Phone No. (رقم الهاتف): 060 / 4334665

E-MAIL: HARB.A.Khawar@gmail.com

How did you know about us:

| التاريخ الطبي | Medical History | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل |
|--|--|--------------------|---|
| الحالة الطبية | Medical Condition | | |
| هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟ | Recent or current drugs/Medical Treatment | No | |
| هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟ | Corticosteroids/Immunosuppressant | No | |
| هل لديك أي حساسية؟ | Allergies | No | |
| هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟ | Surgical Operations, Serious illness | No | |
| جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease | No | |
| هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيعات للدم؟ | High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants | No | |
| أنيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم) | Anemia, Leukemia | / | |
| أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى | Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other | / | |
| هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ | Renal, Urinary, Sexually transmitted disease | / | |
| هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems | / | |
| التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى | Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases | / | |
| قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ | Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other | / | |
| هل تعاطى من أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | Epilepsy, or any other neurological disease | / | |
| هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ | Thyroid Diseases, Diabetes | / | |
| هل تعاطى من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc | Other conditions 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: ... / ... /

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 العلاجات 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 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 للملف الصحية 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 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: 2011/11/19

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

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): 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

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

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 | Mohamad,Salim,,Harb | IDN: | 784198483103044 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | محمد,سليم,,حرب | Card Number: | 086722247 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | LBN | Family ID: | |
| Title(Ar): | | (Ar): | لبنان | | |
| Issue Date: | 14/12/2017 | Sex: | M | Sponsor Type: | 06 |
| Expiry Date: | 10/12/2019 | Date of Birth: | 05/10/1984 | Sponsor Name: | الخوار لانتاج القى ششم |
| Marital Status: | 01 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 00 |
| Residency Type: | 02 | Residency Number: | 20120152688952 | Residency Expiry: | 10/12/2019 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 3433 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image



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

11/21/2019

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

تفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser أقر أنا محمد عبد الله

ليزر ال ■ التقشير الكروني باستخدام لوشن الكروني يتمه التقشير بالليزر هو أحد الإستراتيجيات لإعادة نضارة البشرة و علاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه و الشقوق الصغرى (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إحصار 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 معصمهم فترة زمنية من 2-4 أسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 أشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكروني، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكروني مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكاف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 أشهر خصوصا في حالة الكاف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصغرى.

. تشقير الشعر.

. إزالة بطريات الإصافر(الوضع A)

. بير إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

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

. الحمل والرصاعة.

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

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإنز و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

. التهاب.

أفهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة ان تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

تقد تم الشرح لي عن الحاجة الى إنهاء خطة العلاج، و انا أفهم 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.

أفهم ان كما هناك منافع لإجراء المطلوب، أفهم ان الإجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تأخر في فترة الشفاء/ الالتئام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

أفهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت، تغيرات مشابهة لتأثيرات 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 الاعراض المحتملة قد تتضمن حكة، ألم، كدمات، التهاب ندوب او انتفاخ.

الشعة الليزر قد تسبب ضرورا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج . وعلى ايضا ابتقاء عيادي معائنتان أثناء العلاج. أقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

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

التوقيع:

التاريخ:

اسم المريض/ولي امر المريض:



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006070)

Date:21-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003360 - MOHAMMED 000 - 971504334665

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **157.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 21-11-2019

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 : 1003360 - MOHAMMED 000 - 971504334665

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