



File No: .....

Date: 24/11/19

Date: 24/11/19 File Number: 1003378

Patient Name: Noof Alfaris اسم المريض: .....

Date Of Birth: 27/2/1988 Gender: M (F) Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality: J.A.E. Occupation: SHJ

Address: SHJ Phone No. (رقم الهاتف): 050/7601775

E-MAIL: ..... How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر 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 تعاليت 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 مميحات للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت 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 تعالين 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 تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions هل تعاليت من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc 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: ... / ... / .....

Handwritten signature in blue ink.

### 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 الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم شاماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فحسي الملف صحيحة. و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية شاماً ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي.
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بأكمل ارادتي.
- انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ١٩...٨...٢٠٢١

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 ، الخال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تداعوي 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

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 checked="" 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 جدره ؟ نعم / لا
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
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquenon 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 بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منطة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / 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؟ .....
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 / تستخدمها ليشركت حاليا؟ .....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم الوجه؟ نعم / لا

أنا...  
أنا أوريكيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوريكيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.  
تقوم آن أشعة الليزر تنتج طبقا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم صاها في الأصباغ الموجودة في بصليات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر.  
تقوم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص لاج. و إنني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحقن والتف والكريمات وإزالة شعر بالشع والكلي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.  
بإني قد تلقيت التعليمات التالية:

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.

يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.  
جب تفادي إزالة الشعر بالشع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.  
ليقوم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.  
جب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و الحسابية و نوع البشرة لأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.  
4هـ أنه برغم التغيير الذي قد أخطه 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 لتقحات. و هذه الاعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة حمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.  
أنه قد أتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و ت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت القائمة عشر من عمري و حصلت با موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

سم و التوقيع  
..... / ..... / .....  
رئخ  
..... / ..... / .....

Name and Signature  
Date 2011/1/9

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	Noof,Ibrahim,Mohamed,Alfarsi	IDN:	784198825319159	Mother Name:	Lila
Name (Ar)	نوف ابراهيم محمد الفارسي	Card Number:	080112655	Mother Name (Ar):	ليلى
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	301029562
Issue Date:	25/09/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	25/09/2026	Date of Birth:	17/09/1988	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

نوف

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

11/24/2019

## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز Q-Switch Laser أقر أنا نوف | لفا | سبي بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

ليزر ال **■** التقشير الكروني باستخدام لوشن الكروني يتبعه التقشير بالليزر هو أحد الإستراتيجيات لإعادة تصارة البشرة ، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشونر الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين لمس البشرة ، علاج حب الشباب ،احمرار الجلد ، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب) ، الشوب التي تتبع الحبوب ، توسيع مسامات الجلد ، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وحسنت مراجعة كل 3-6 اشهر.

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

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تقشير الشعر.

. إزالة فطريات الإصافر (الوضع A)

. بير إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

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

. الحمل والرضاعة.

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

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإيدز و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الشوب الجلدية)

. التهاب.

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

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى انهاء خطة العلاج. و انا افهم 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 للاجراء المطلوب. افهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر 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 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 الاعراض المحتملة قد تتضمن حكاً، الم، الحكة، التهاب، تورب او انتفاخ.

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

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

التوقيع:

التاريخ:

نوف | لفا | سبي





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,102.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-006124)

Date: 24-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003378 - NOUF 00. - 971507601775

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,102.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 24-11-2019

Being **full body laser + soft light 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 : 1003378 - NOUF 00. - 971507601775

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,575.00	<b>RECEIPT VOUCHER</b>	No: REC-006660
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003378 - NOUF 00. - 971507601775		Date: 22-12-2019
The sum of Dhs. <b>One Thousand Five Hundred Seventy Five Only</b>		
By Cash <b>0.00</b> / By Credit Card <b>1,575.00</b> (Bank Charges: <b>0.00</b> ) / By Cheque <b>0.00</b> / By Bank Transfer <b>0.00</b> / By Allocated <b>0.00</b>		
Bank:	Cheque No.	Date:
Being <b>ADVANCE FOR 3 SESSION FULL BODY + VAT</b>		
Made by <b>Rana</b>		

- 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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006659)

Date:22-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003378 - NOUF 00. - 971507601775

The sum of Dhs. Four Hundred Twenty Dirhams and Zero Filis Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 420.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 22-12-2019

Being SOFT LIGHT FACE + VAT 50 AED DISCOUNT

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 : 1003378 - NOUF 00. - 971507601775

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 630.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009550)

Date:20-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003378 - NOUF 00. - 971507601775

The sum of Dhs. Six Hundred Thirty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 630.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 20-06-2020

Being full body + 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 : 1003378 - NOUF 00. - 971507601775

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