



Note:

File No:
Date: 26/11/2019
Patient Name: Fouziya...
Date Of Birth: 7.12.1982
Nationality: Algeria
Address: lachachinaia@gmail.com
E-MAIL: lachachinaia@gmail.com
Date: 26/11/19
File Number: 1003394
Marital Status: Married
Phone No: 056779335
How did you know about us: Nest

التاريخ الطبي	Medical History	Yes/No لا / نعم	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
الحالة الطبية	Medical Condition		
هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Recent or current drugs/Medical Treatment	✓	
هل تتعاطى أي مثبطات المناعة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant	✓	
هل لديك أي حساسية؟	Allergies	✓	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟	Surgical Operations, Serious Illness	✓	
جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	✓	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	✓	
انيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia	✓	
أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	✓	
هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	✓	
هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعالين 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 تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease	✓	
هل تعاني من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes	✓	
هل تعاني 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 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 أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للخصوصات 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 الألم أو الحساسية

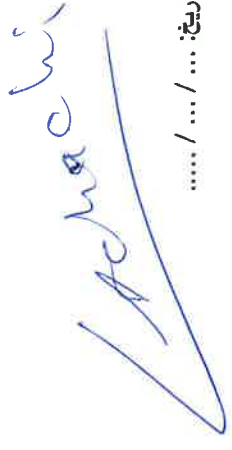
أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمت به لدى فتحني للملف صحيحة و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية سيبقى سرية تماماً 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 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	Blood Type (دم فصيلة):
Height (الطول): 157 cm	Blood Sugar (دم سكر):
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (دم ضغط): / /

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

→ lactating woman (3 months).

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة، أحوال المستشفى

Smoking (التدخين): ~~Y~~ / ~~N~~

Alcohol (الكحول): ~~Y~~ / ~~N~~

Drugs (دواء): ~~Y~~ / ~~N~~

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

BCA

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

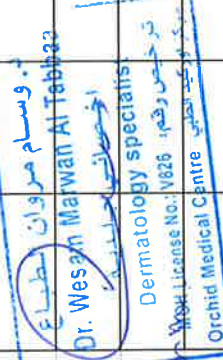
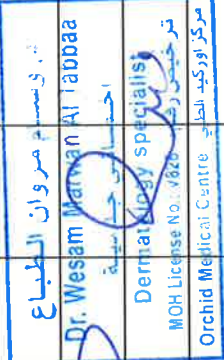
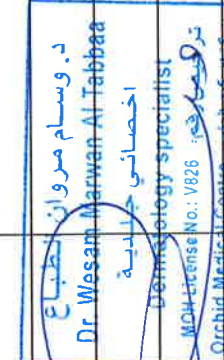
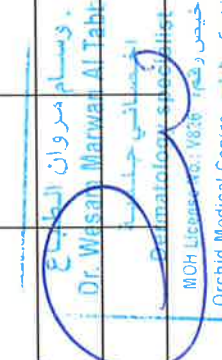
Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

Fawziya

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
26.11.2019	Carbon laser face 1st Meso hair Peeling T.c.A. 35% A.A. ①	 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 8826 Orchid Medical Centre		
4/12/2019	dysport (ass) cheeks filler = 1 syringe next app: 18/12/2019: fu			
0.2 receiving filler		 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 8826 Orchid Medical Centre		
		Teosyal PureSense Ultimate LOT TSTL - 183913A 2020-09 1ml Medecin		
14/12/2019	fu: good results plan: face threads 1 session package for endymed hips - 1st session			 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 8826 Orchid Medical Centre
15/12/19	Endymed hips			
15.12.2019	Carbon laser Meso hair (1ml) (2nd Meso)			
11/2/20	Endymed 2nd session (hips)			
11/2/20	Endymed 3rd session (thighs) 2 session balance			
1/2/2020	PRP Hair next app 2/3: PRP			 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: 8826 Orchid Medical Centre

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO

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	Fawzia,,,Lachachi	IDN:	784198250879438	Mother Name:	
Name (Ar)	فوزية,,,لشاشي	Card Number:	091702285	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	DZA	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجزائر		
Issue Date:	11/11/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	07/11/2020	Date of Birth:	07/02/1982	Sponsor Name:	المدرسه التونسية الوليه جورج بومينور (فرع لبي)
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120182589640	Residency Expiry:	07/11/2020
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

11/26/2019

ورقة موافقة على علاج الميزوثيرابي

التاريخ: _____

أنا السيد/السيدة _____ أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الميزوثيرابي و كل التفاصيل المتعلقة به، والغاية من الاستخدام و على ما يحتويه.

لقد تم إبلاغي 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 تلقاء 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 إبلاغي 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 أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او تأجيل المواعيد. وأيضا اتفهم 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: _____

اسم المريض: Fawzi

التوقيع: _____

اسم المعالج: _____

ورقة الموافقة على التقشير الكيميائي

التاريخ: 26/11/2019

أنا أخول _____ لتطبيق _____ على _____ لنضارة بشرتي وعلاجها من
التصبغات وآثار الحبوب والتجاعيد.
أتفهم جيدا بأن هذا الاجراء اختياري بحت, وأن النتيجة قد تختلف من شخص لآخر 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 و اجراءات 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 التأكد 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

Fawzi

التوقيع

اسم الدكتور / المعالج

Dr. Alshaykh

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز Q-Switch Laser أقرا أنا Fawzia Machi بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

ليزر ال ■ التقشير الكروني، يستخدم لوشن الكروني ويمنعه التقشير بالليزر هو أحد الإستراتيجيات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشوذ الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها) والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى). تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، احمرار الجلد، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب) ، الندوب التي تتبع الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مرادة 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 الأصبغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإنتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الاضافر (الوضع A)

. بير إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

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

. الحمل والرضاعة.

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

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

. البهاق.

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

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الي إنهاء خطة العلاج، و انا اقهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الي 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.

أقهم ان كما هناك منفع للجراء المطلوب، اقهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/الانقار، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الي فترة شفاء.

اقهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت، تأثيرات مشابهة لتأثيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الي 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 حك، الم، كدمات، التهاب يندوب او التهاب.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلى ايضا ابقاء عيناوي معققتان اثناء العلاج. اقر ان المصدر الموضوعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التقشير.

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

التوقيع:

التاريخ:

26/11/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-006152

RECEIPT VOUCHER

AED 3,000.00

Date: 26-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003394 - FAWZIA LACHACHI - 971567793315

The sum of Dhs. **Three Thousand Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **3,000.00** (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 MESO 1200 + 2 AREA PEELING 4 SESSION 3200 + PRP 3 SESSION WITH BIOTINE 2100 + 3 SESSION CARBON LASER 550 + VAT BALANCE 3662.25**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

10% Discount
Fawzia Lachachi

Fawzia Lachachi

InBody

ID 261119-2 | Height 157cm | Age 37 | Gender Female | Test Date / Time 26.11.2019 15:54

(Fauzia) [InBody270]

↓ 800g

Body Composition Analysis

Total amount of water in my body	Total Body Water (L)	35.3 (27.0~33.0)
What I need to build muscles	Protein (kg)	9.4 (7.2~8.8)
What I need for strong bones	Mineral (kg)	3.37 (2.49~3.05)
Where my excess energy is stored	Body Fat Mass (kg)	42.3 (10.6~17.0)
Sum of the above	Weight (kg)	90.4 (45.0~61.0)

InBody Score

59/100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight 62.5 kg
 Weight Control -27.9 kg
 Fat Control -27.9 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.91 | 0.75 0.85

Visceral Fat Level

Level 19 | Low 10 High

Research Parameters

Fat Free Mass 48.1 kg
 Basal Metabolic Rate 1410 kcal (1723~2024)
 Obesity Degree 171 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1823 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	159	Gateball	172
Walking	181	Yoga	181
Badminton	204	Table Tennis	204
Tennis	271	Bicycling	271
Boxing	271	Basketball	271
Mountain Climbing	295	Jumping Rope	316
Aerobics	316	Jogging	316
Soccer	316	Swimming	316
Japanese Fencing	452	Racketball	452
Squash	452	Taekwondo	452

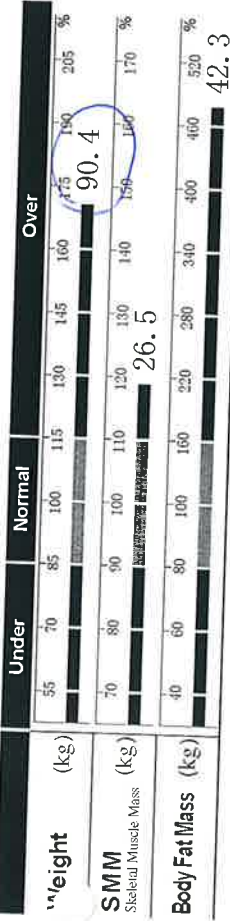
*Based on your current weight
 *Based on 30 minute duration

Impedance

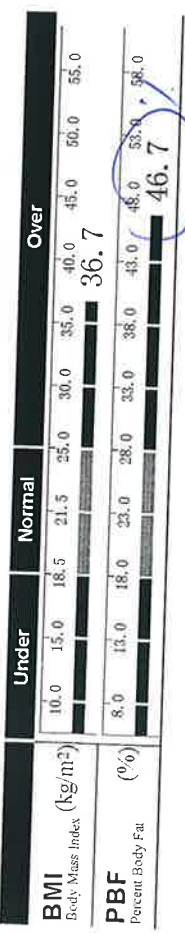
Z(Ω) 20 kHz | 340.9 331.8 18.9 211.5 212.3
 100 kHz | 305.5 301.1 17.0 187.5 190.3

Copyright © 1996- by Biospace Co., Ltd. All rights reserved. BR-English-F5-A-140520

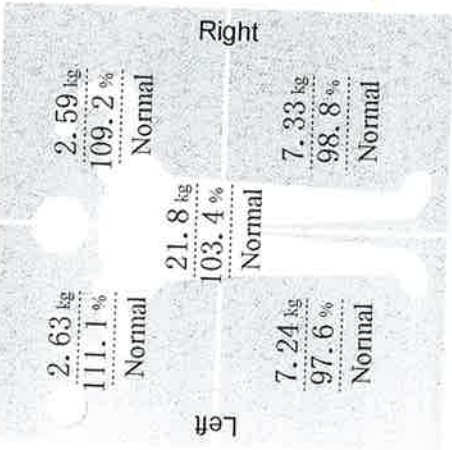
Muscle-Fat Analysis



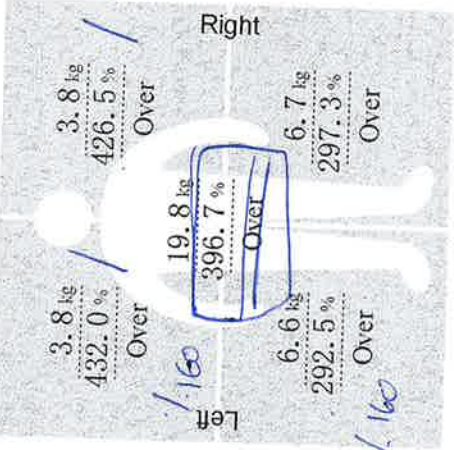
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



* Segmental fat is estimated.

Body Composition History

Weight (kg)	90.4								
SMM (kg)	26.5								
PBF (%)	46.7								
Recent Total	26.11.19 15:54								

T0-2DM-0340/470AS-A115/F91802752

Fauzia (lactating, 1 month baby)

DIETARY ASSESSMENT تقييم النظام الغذائي

Food Intolerance (if any) —

Acidity / Heart Burn / Constipation —

No. of meals consumed / day 3 main - ~~snack~~

Veg / Non Veg / Ovo Veg

Frequency of eating out / week

Diet Recall - Total Calories (Kcal)

CHO (gm) ↑CHO

Protein (gm) ↑P.

Fat (gm) ↑F.

Lifestyle : Sedentary / Moderate / Heavy

Diet Advised - Total calories (Kcal) 1000.

CHO (gm) Natto.

Protein (gm) NP.

Fat (gm) NF.

Remarks
water - 4L Daily

- like : meat
- : Rice
- : Bread

Dislike :
- Carrot
- egg plant.

Counsellor's Name Baber

Client's Signature

Date 26/11/19

Fanzia lactating 26/11/19
40 days baby.

BODY COMPOSITION ANALYSIS تحليل بنية الجسم								CM LOSS	MEASUREMENTS CHART القياسات					
Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	المقنونة	Date	Date	Date	Date	Date	Date
Time	Time	Time	Time	Time	Time	Time	Time		المقنونة	التاريخ	التاريخ	التاريخ	التاريخ	التاريخ
State: Pre Men/Men/Post Men	State: Pre Men/Men/Post Men	State: Pre Men/Men/Post Men	State: Pre Men/Men/Post Men	State: Pre Men/Men/Post Men	State: Pre Men/Men/Post Men	State: Pre Men/Men/Post Men	State: Pre Men/Men/Post Men	Neck						
BMR (Kcal/day) BMR (Kcal/day)	1410							Chest 4" below arm pit الصدر 4 إنشات تحت الإبط						
Fat % الدهون %	46.7							Tummy Region of maximum girth while lying down البدن أقصى محيط له عند الاستلقاء						
Fat Wt (kg) وزن الدهون (كجم)	42.3							Waist 1" above the iliac crest الخصر 1 إنش فوق العظم الحرقلي						
Lean % الوزن من غير الدهون (%)								Hip Most prominent widest part of hip الأرداف أقصى محيط لها عند						
Lean Wt (kg) الوزن من غير الدهون (كجم)	48.1							Thighs 9" above the outermost edge of bent knee الفخذان 9 إنشات فوق الركبة المنحنية						
Water (kg) الماء (كجم)	35.3							Arms Mid pt. between upper bony prominence at shoulder & elbow الذراعين نقطة المنتصف بين أعلى الكتف والمرتفع						
Water % % الماء								Total cm loss مجموع السنتمترات المفقودة						
TGT Wt (kg) الوزن المرغوب (كجم)	28.4 kg							Average cm loss معدل السنتمترات المفقودة						
Target Fat % الدهون المستهدفة %	28%													
BMI ب.م.أ.ي	36.7													
WHR دبليو.أ.تش.أر	0.91													

F.S.



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-006156)

Date: 26-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003394 - FAWZIA LACHACHI - 971567793315

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 26-11-2019

Being SHE TAKE 5 SESSION WITH CONSULTATION+ VAT

Made by Reem

Reem
85

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 : 1003394 - FAWZIA LACHACHI - 971567793315

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007394)

Date:01-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003394 - FAWZIA LACHACHI - 971567793315**

The sum of Dhs. **Seven Hundred Thirty-Five 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 **735.00**

Bank: Cheque No.

Date: **01-02-2020**

Being **PRP HAIR + 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 : **1003394 - FAWZIA LACHACHI - 971567793315**

**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-006539)

Date:15-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003394 - FAWZIA LACHACHI - 971567793315

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: 15-12-2019

Being **MESO HAIR + 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 : 1003394 - FAWZIA LACHACHI - 971567793315

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

ID 261119-2 | Height 157cm | Age 37 | Gender Female | Test Date / Time 15.12.2019 13:35

Body Composition Analysis

Total amount of water in my body	Total Body Water (L)	34.3 (27.0 ~ 33.0)
What I need to build muscles	Protein (kg)	9.3 (7.2 ~ 8.8)
What I need for strong bones	Mineral (kg)	3.26 (2.49 ~ 3.05)
Where my excess energy is stored	Body Fat Mass (kg)	40.6 (10.6 ~ 17.0)
Sum of the above	Weight (kg)	87.5 (45.0 ~ 61.0)

InBody Score

59/100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight 60.9 kg
 Weight Control -26.6 kg
 Fat Control -26.6 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over
 PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

0.97 | 0.75 0.85

Visceral Fat Level

Level 19 | Low 10 High

Research Parameters

Fat Free Mass 46.9 kg
 Basal Metabolic Rate 1383 kcal (1680 ~ 1971)
 Obesity Degree 165 % (90 ~ 110)
 Recommended calorie intake 1792 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

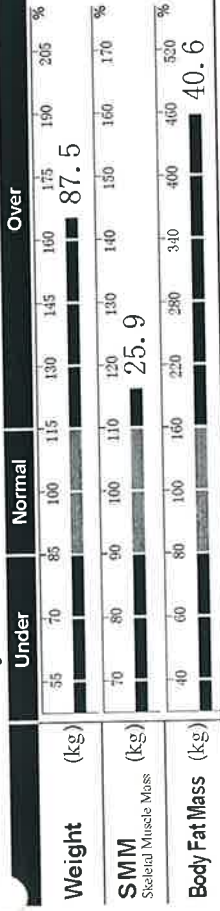
Golf	154	Gateball	166
Walking	175	Yoga	175
Badminton	198	Table Tennis	198
Tennis	263	Bicycling	263
Boxing	263	Basketball	263
Mountain Climbing	285	Jumping Rope	306
Aerobics	306	Jogging	306
Soccer	306	Swimming	306
Japanese Fencing	438	Racketball	438
Squash	438	Taekwondo	438

* Based on your current weight
 * Based on 30 minute duration

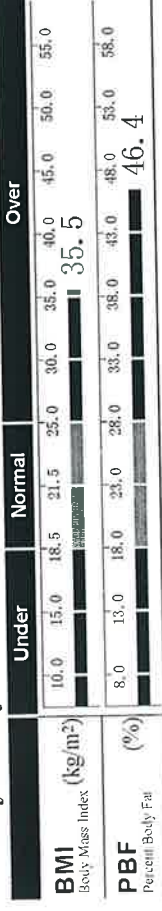
Impedance

RA LA TR RL LL
 Z(ω) 20 kHz | 341.0 341.8 21.2 240.0 248.2
 100 kHz | 305.6 307.9 18.4 211.1 219.3

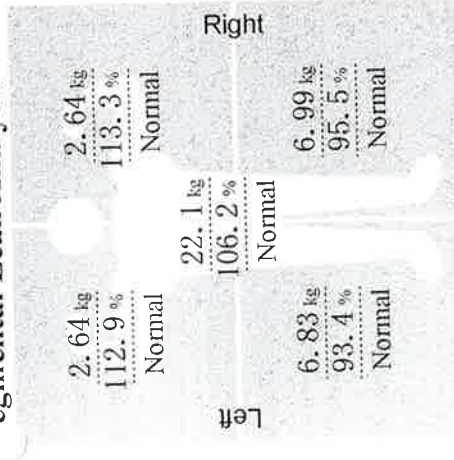
Muscle-Fat Analysis



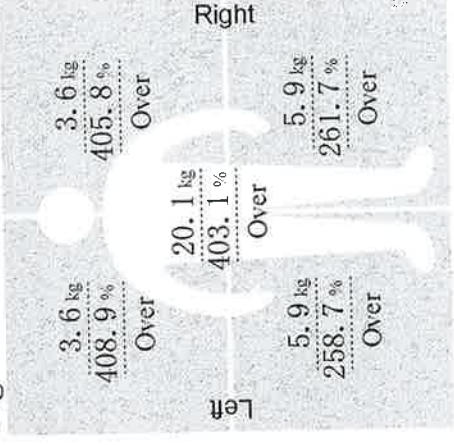
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



* Segmental fat is estimated.

Body Composition History

Weight (kg)	90.4	87.5
SMM (kg)	26.5	25.9
PBF (%)	46.7	46.4
Recent Total	26.11.19: 15:54	15.12.19: 13:35



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,522.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006316)

Date:04-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003394 - FAWZIA LACHACHI - 971567793315

The sum of Dhs. One Thousand Five Hundred Twenty-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 1,522.50

Bank: Cheque No.

Date: 04-12-2019

Being BOTOX + FILLER + 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 : 1003394 - FAWZIA LACHACHI - 971567793315

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 997.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006308

Date: 04-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003394 - FAWZIA LACHACHI - 971567793315**The sum of Dhs. **Nine Hundred Ninety Seven and Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **997.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Rank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR CHECKS FILLER + 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

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

PRP Treatment Compound Form: وصف العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية

Description of Treatment

This treatment involves the collection of your blood (approximately

11 - 22 ml), then your blood is spun down using a centrifuge to separate out the plasma and platelet portion using the separator gel' as a special filter. The PRP portion of your blood is then used at the point of care to re-energize your cells into rejuvenating themselves.

The product is 100% your own blood by-product (autologous). If you have any questions please do not hesitate to ask your physician or nurse.

Side Effects

you will likely experience mild to moderate swelling of the treated area, this will last for about 12- 24 hours; ice or cold compresses can be applied to reduce swelling if required. You may notice a tingling sensation while the cells are being activated. In rare cases skin infection may occur, which is easily treated with an anti-biotic.

Contraindications

You should not have PRP treatment done if you have any of the following conditions: Skin conditions and diseases including: Facial cancer, existing or uncured. This includes SCC, BCC and melanoma, systemic cancer, chemotherapy, steroid therapy, dermatological diseases affecting the face (i.e. Porphyria), Blood disorders and platelet abnormalities, Anticoagulation therapy (i.e.: Warfarin) Platelet dysfunction syndrome, critical thrombocytopenia, hypofibrinogenaemia, haemodynamic instability, sepsis, chronic liver disease, Hepatitis or any acute or chronic infections. Aspirin, Anti-inflammatory such as Nurofen, Voltaren, Diclofenac, or Naproxen etc.? St Johns Wort, Garlic, Are you currently taking, or have you recently taken (within 14 days) Vitamin E, or Fish Oil supplements that could have a thinning effect on your blood.

In case of presence of any previously mentioned contraindications please mention it here

Or Ask the doctor if you are not sure or you have any questions.

Patient's Name and Signature:

Date: 4/21/2019
LAC MDCM

وصف العلاج

يتضمن العلاج باستئصال البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينة من دم المريض تساري تقريبا (١١ - ٢٢ مل).

ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام سائل فاصل التفتيح بشكل خاص.

ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتفتيح الخلايا و إعادة الطاقة لها.

هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض.

إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

الاعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم اللطيف إلى المتوسط في منطقة العلاج و قد يستمر هذا التورم من (١٢-١٧) ساعة. ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة المتورمة إذا تطلب الأمر. من الممكن أن تشعر ببعض الخفخفة بينما يتم تطبيق الخلايا. نادرا ما يحصل العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضادات الحيوية.

موانع العلاج

لا يجب أن تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية:
- الأمراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير العالية كسرطانات الخلايا الحرشفية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا المسببة و السرطان الجهازى و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الأمراض الجلدية التي تسبب الوبى (مثل البروزيا)، أمراض الدم و الطال في الصفائح الدموية، علاج شتر الدم (مثل الوراثة)

- متلازمة خلل الصفائح الدموية: نقص الحاد في عدد الصفائح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار قلع الدم، حالات التشنج الدموي، أمراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائي أو أي التهاب مزمنة أو حادة.

- تناول الأسبرين و مضادات الالتهاب كالتيربين و الفيتارين و الستيرويدات و التارونكسين، أو مستحضرات الدم، أو إذا كنت تتناول حاليًا (خلال الأربعة عشر يومًا الماضية) مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي إلى ترقق الدم.

في حالة وجود أحد موانع العلاج يرجى استشارة الطبيب المختص بذلك هنا

و إذا لم تكن متأكدًا أو كنت لديك أي استفسارات اسأل الطبيب المختص.

اسم المريض / التوقيع

التاريخ: ... / ... /

I understand that due to the natural variation in quality of Platelet rich plasma, results will vary between individuals. I understand that although I may see a change after my first treatment; I may require a series of up to 6 sessions to obtain my desired outcome. The procedure and side effects has been explained to me including alternative methods; as have the advantages and disadvantages. I am advised that though good results are expected, the possibility and nature of complications cannot be accurately anticipated and that, therefore, there can be no guarantee as expressed or implied either as to the success or other result of the treatment. I am aware that the PRP treatment is not permanent as natural degradation will occur over time.

I authorize Dr. from Orchid Medical Center, perform the injection of PRP (Platelet Rich Plasma) for rejuvenation. This consent form will be valid for up to 6 applications of PRP, after which time I may be asked to compete a new form. I state that I have read (or it has been read to me) and I understand this consent and I understand the information contained in it. I have had the opportunity to ask any questions about the treatment including risks or alternatives and acknowledged that all my questions about the procedure have been answered in a satisfactory manner and that all blanks were filled in prior to my signature and I had the right to refuse the treatment. THIS CONSENT FORM IS VALID UNTIL ALL OR PART IS REVOKED BY ME IN WRITING. When completing the medical questionnaire, I have answered the personal medical history questions fully and to the best of my ability.

Patient's Name and Signature:

Date: ... / ... /

التاريخ: ... / ... /

أنتهم أن نتائج هذا العلاج قد تتفاوت من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية.
و أنتهم أنه برغم التغيير الذي قد ألحظه من بعد جلسة العلاج الأولى قد احتاج حتى ٦ جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

أقر بأن هذا الإجراء الطبي وآثاره الجانبية و بدائله الممكنة و منافعه و مضاره قد شرحت لي بشكل كامل.
و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المضاعفات و طبيعتها بدقة. وبالتالي، لا توجد أي ضمانات واضحة أو ضمنية لنجاح هذا العلاج أو أي نتائج أخرى.
أدرك أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجاً دائماً لأن التراجع الطبيعي سوف يحدث مع الوقت.

أفوض الدكتور من مركز أوركيد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لإعادة النضارة، و أن هذا الإقرار و التفويض سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قادمة.
و أنني قد احتاج لتوقيع إقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الإقرار بالكامل (أو قد تمت قراءته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.
و إنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الأخطار و الأعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له. و أن جميع أسئلتي قد أجيببت بشكل كامل و وافٍ و أن جميع الإجابات التي خمنتها في الإقرار و جميع الخانات تمت إجابتها و ملؤها قبل توقيعني أمناه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

ان هذا الإقرار صالح بالكامل حتى الغية كاملاً أو جزئياً و بخط اليد.

أقر أنني قد ملأت استمارة الاسئلة الطبية و شرحت تاريخي الطبي بشكل كامل و بكامل ارتدتي.

اسم المريض / التوقيع

Handwritten signature in blue ink.

ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: 4/12/2019

أنا السيد/السيدة _____ أؤكد بأنه تم شرح لنا كيفية العلاج باستخدام البوتكس وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه كحال جميع الادوية البوتكس قد يحتوي على آثار جانبية. هذه الردود العكسية قد تكون متعلقة بالعلاج، إما بسبب المنتج أو الفرد، لكن بشكل عام هذه المضاعفات قد تحدث في الأيام الأولى التي تتبع يوم الحقن وتكون بشكل مؤقت. معظم الحالات التي تم تسجيلها تكون بدرجة معتدلة إلى خفيفة. كما هو متوقعة بعد الحقن سوف يكون هناك شعور بالألم وحرق وتيبس وتورم ووزراق.

من الآثار الجانبية الشائعة التي من الممكن حدوثها: صداع، زغللة، احمرار، تراخي بعضلات الوجه وألم في الوجه.

من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، تنميل، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاء، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالعضلات، أعراض الانفلونزا، ضعف وحرارة.

الآثار الجانبية التالية قد تكون نادرة: حكة، طفح جلدي، قشعريرة، أنواع مختلفة من الطفح الجلدي الأحمر، حساسية قوية (تورم وتحديدا في الوجه والمجرى الهوائي مما يسبب صعوبة بالتنفس)، هبوط الحاجب أو الجفن، سماع طنين بالأذن وقلة السمع، حساسية في صعوبة البلع والتنفس والكلام.

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 4 إلى 6 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح. إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا أتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور أو الوصف المرفق

نعم لا

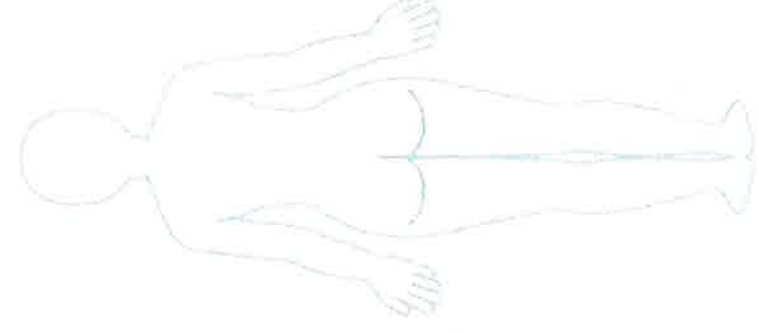
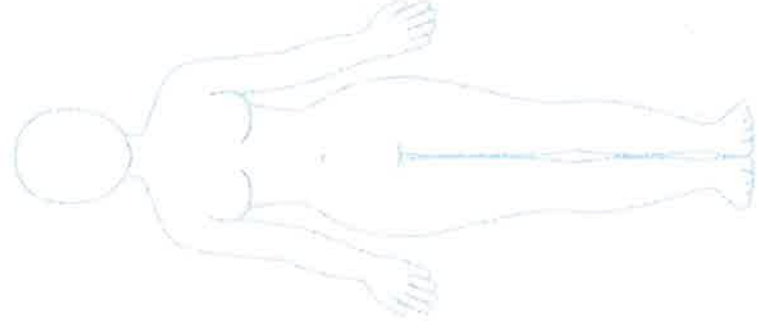
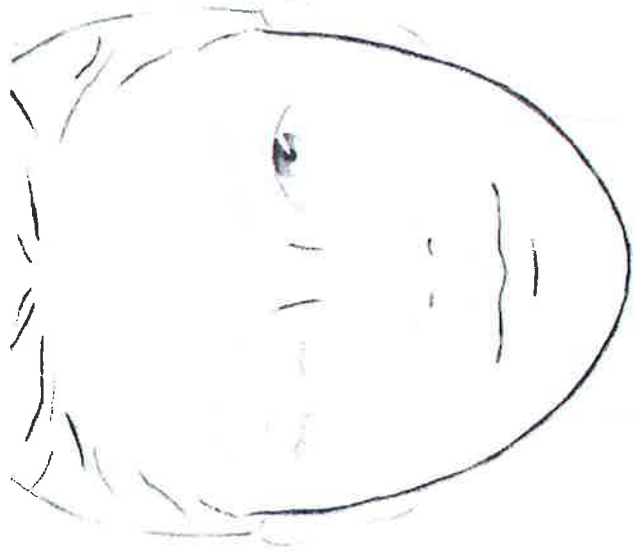
اسم المريض: fawzia

اسم المعالج: DIWESAM

التوقيع: _____

التوقيع: _____

AC Wazir



Filler Injection Log

Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

Botox Injection Log

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....

ورقة موافقة على العلاج بالفيلر

التاريخ: 4/12/2019

انا 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 او تورم او التهاب او

حساسية - حدوث تأثير بسيط أو عدم حدوثه

بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة وسوف تختفي 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-نقرح - 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 والتصحيح.

إنني أتقهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او تأجيل المواعيد. وأيضا اتقهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبدل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من

الصور او الوصف المرفق

نعم لا

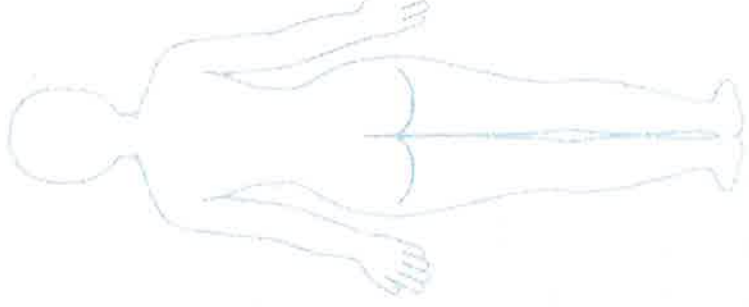
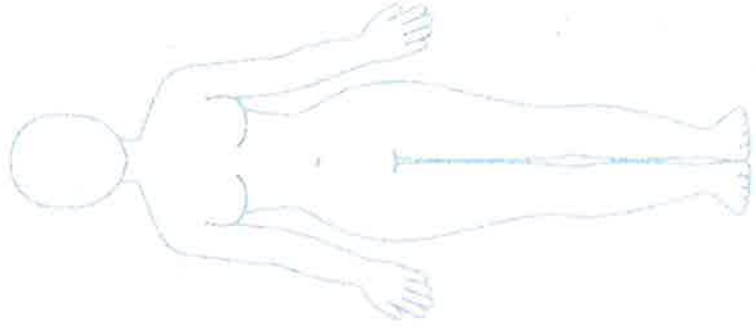
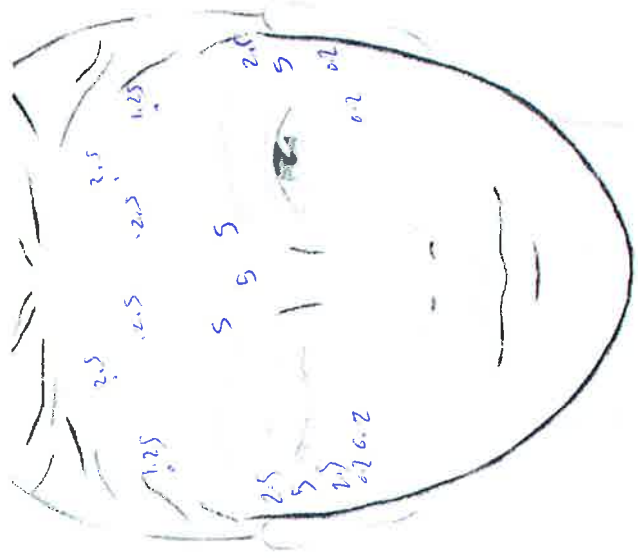
التوقيع: _____

التوقيع: _____

اسم المريض: Fauzyya

اسم المعالج: DR.WESAM

أنا
LAC



Filler Injection Log

Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

Botox Injection Log

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

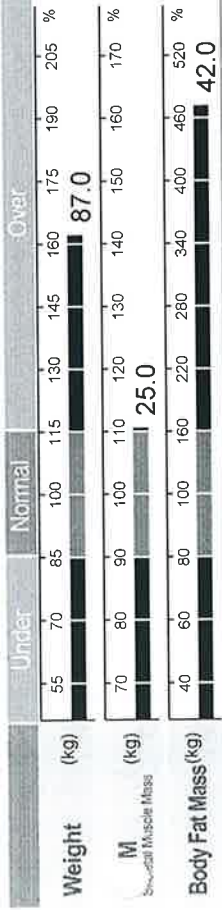
.....

ID 200216-1 Height 158cm Age 38 Gender Female Test Date / Time 16.02.2020. 15:45

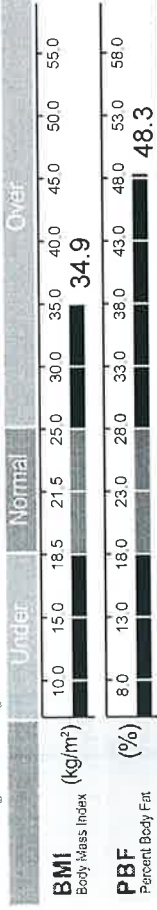
Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	32.9 (27.4-33.4)
For building muscles	Protein (kg)	9.0 (7.3-8.9)
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.14 (2.53-3.09)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	42.0 (10.7-17.2)
Sum of the above	Weight (kg)	87.0 (45.6-61.8)

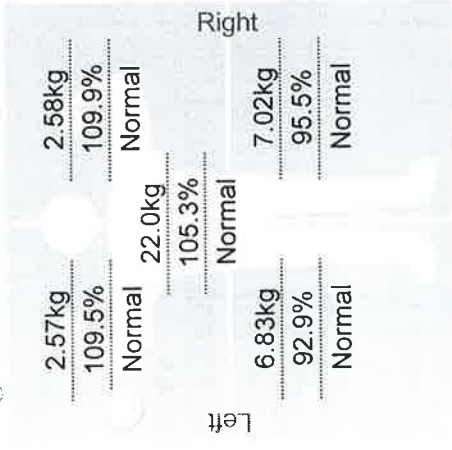
Muscle-Fat Analysis



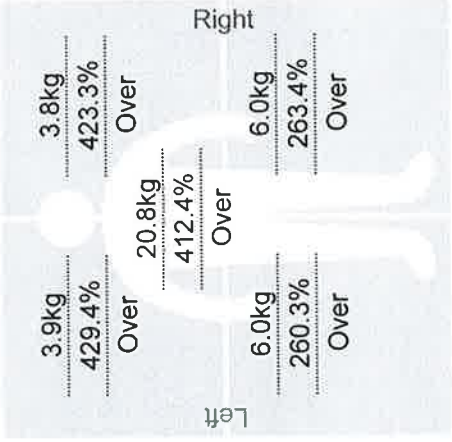
Obesity Analysis



Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	87.0
SMM (Skeletal Muscle Mass) (kg)	25.0
PBF (Percent Body Fat) (%)	48.3

InBody Score

55 / 100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

Weight Control

Target Weight 58.4 kg
 Weight Control -28.6 kg
 Fat Control -28.6 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Obesity Evaluation

BMI Normal Under Slightly Over Over

PBF Normal Slightly Over Over

Waist-Hip Ratio

1.00 (0.75 - 0.85)

Visceral Fat Level

Level 20 (Low 10 High)

Research Parameters

Fat Free Mass 45.0 kg
 Basal Metabolic Rate 1342 kcal
 Obesity Degree 162 % (90-110)
 Recommended calorie intake 1788 kcal

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	153	Gateball	165
Walking	174	Yoga	174
Badminton	197	Table Tennis	197
Tennis	261	Bicycling	261
Boxing	261	Basketball	261
Hiking	284	Jumping Rope	305
Aerobics	305	Jogging	305
Soccer	305	Swimming	305
Japanese Fencing	435	Racketball	435
Squash	435	Taekwondo	435

* Based on your current weight
 * Based on 30 minute duration

Impedance

RA	LA	TR	RL	LL
Z(Ω) 20 kHz	360.7	361.3	25.6	264.0
100 kHz	321.9	325.5	22.5	227.9

ورقة موافقة على العلاج بالفيلير

التاريخ: 29/2/2010

أنا السيد/السيدة _____ أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الفيلير وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه.

لقد تم إبلاغي باحتمال ظهور بعض الأعراض الجانبية المصاحبة لحقن مادة الفيلير، والتي من المحتمل ظهورها بعد الجلسة مباشرة أو مؤخرًا 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 أو حساسية - حدوث تأثير بسيط أو عدم حدوثه

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

الآثار النادرة الأخرى تتضمن:

لا يمكن التنبؤ بمدى استمرارية الفيلير 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 حبيبيومي - 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 والتصحيح.

إنني أفهم 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 أو الوصف المرفق

نعم لا

اسم المريض: Fawzi

التوقيع: Ma

اسم المعالج: _____

التوقيع: وس



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 787.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007907)

Date:29-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003394 - FAWZIA LACHACHI - 971567793315

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 787.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 29-02-2020

Being 1 injection filler lip + 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 : 1003394 - FAWZIA LACHACHI - 971567793315

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008241)

Date:21-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003394 - FAWZIA LACHACHI - 971567793315

The sum of Dhs. Seven Hundred Thirty-Five 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 735.00

Bank:

Date: 21-03-2020

Being 1 SESSION PRP + BIOTIN + 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 : 1003394 - FAWZIA LACHACHI - 971567793315

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