



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 27/11/19

Date: 27/11/2019

File Number: 1003397

Patient Name: Naima E.L. Fayed

إسم المريض:

Date Of Birth: 20/03/76 تاريخ الميلاد

M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) Married

Nationality (الجنسية): Moroccan (الوطنية): Occupation

Phone No. (رقم الهاتف): 0567446845

Address (العنوان): Manazil towers 5 Altawun

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

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 حديثاً؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		
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) أنيميا (نقر 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 تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc	No	



### Medical Consent Form

- I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition which has been explained to me by the qualified physician
- I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.
- I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.
- I authorize my treating doctor to perform any procedures which are advisable in their professional judgment.
- I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.
- I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.
- I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.
- I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.
- I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.
- I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its' content and I sign it with all my will.

I am fully aware that any payments is NON refundable

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... / .....

### نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بمعالجة 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 الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التخيلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار 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 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 لدى فحسي الملف صحية. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نوعية الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (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 الاحتراق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدر؟ 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 الاكيتان/ الايسوتريتونين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquenon on Site? Yes/ No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بنفك او كي او إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 اسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? .....	هل كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة او قمت بحسبة شمسي؟ .....
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 اي وشموم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently? .....	ماهي المنتجات التي تستخدمونها / تستخدمها ليشارك حالياً؟ .....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ 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 سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

I ..... hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser. I understand that laser produces a beam of light that generates an energy of a certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to impair its' ability to grow hair. I understand that the results of the treatment varies from one person to another by the variation of medical history and the skin type, hair type , patients commitment to precautions before and after sessions and the tion 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.

Name and Signature .....

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

أنا ..... أوافق على إجراء إزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.

أفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قهرتها على انهاء الشعر. أفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة. مع التزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص لاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحقن و التفتف و الكريمات و إزالة شعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أفهم ان أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

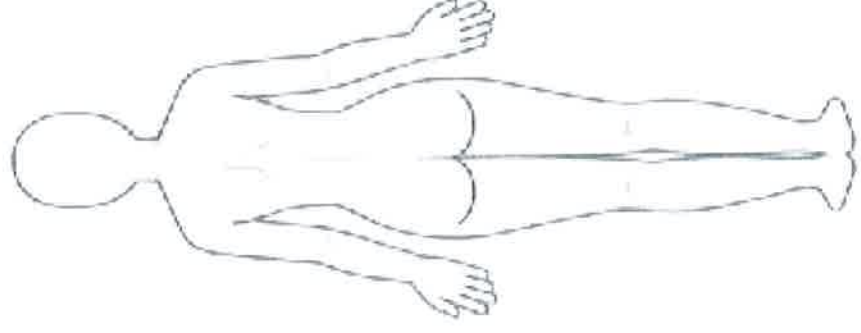
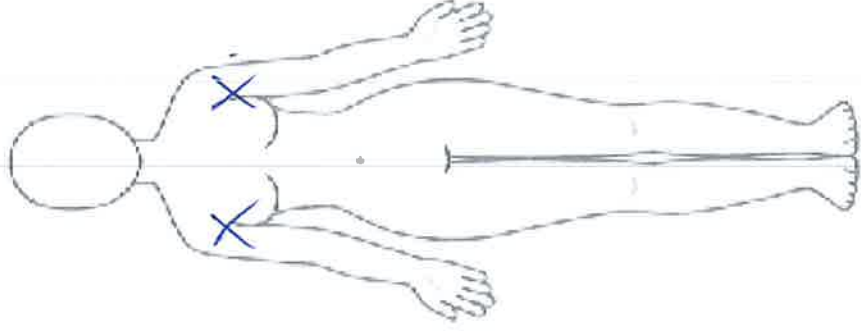
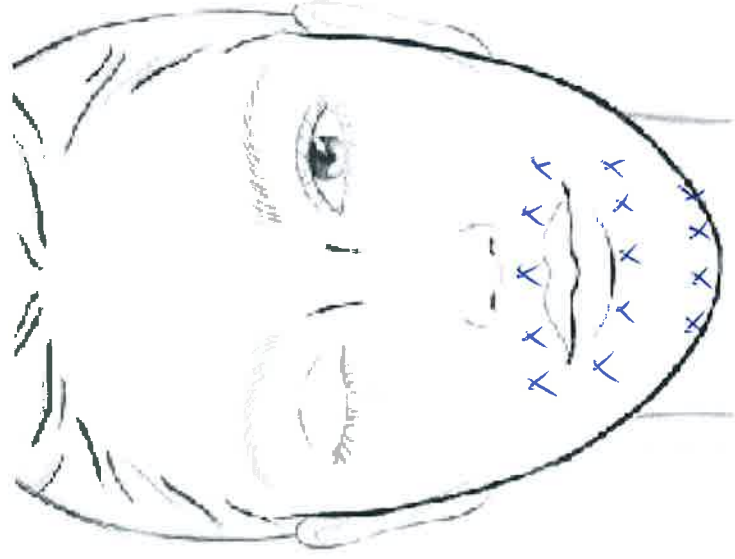
يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

يتم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم

Patient's Name: Name ..... اسم المريض  
 File Number: ..... رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No ..... 1003397 Evaluation and consent form completed? Yes / No  
Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	27/11/19	20/1/20	20/2/20			
Treatment Area	Upper lip	Upper lip	Upper lip			
Hair Type	UA	UA	UA			
Mode	Alex	Alex P6	Alex 16			
Fluence		12-10 ms	13J			
Pulse Type	85/10.5-face	1 pass	15 ms			
CNT Pulse			1 pass			
Passes	85/13 ms-UA					
Starting Time	11:20 am					
Finish Time		Hirudoat	Hirudoat			
Post Treatment	HIRUDOID	for	Pass			

Therapist Name and Signature .....

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO\*

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

**Public Data Verification report****File**

Non-Modifiable Data (SF3)

**Valid Signature?**

False

Modifiable Data (SF5)

False

Holder Signature Image (SF7)

False

Photography

False

Home Address

False

Work Address

False

**Card Holder Information**

Name	Naima,,,El Fayez	IDN:	784197615860737	Mother Name:	
Name (Ar)	نعيمية الفيز	Card Number:	084571982	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	25/07/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	04
Expiry Date:	19/07/2020	Date of Birth:	20/03/1976	Sponsor Name:	عبدالله بن احمد بن قاسم المصري
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0164677389
Residency Type:	03	Residency Number:	3012017030016131	Residency Expiry:	19/07/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

11/27/2019





مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 806.40

RECEIPT VOUCHER (No. REC-006163)

Date: 27-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003397 - naeema EL FAVEZ - 971567446845

The sum of Dhs. **Eight Hundred Six Dirhams and Forty Fils Only**By Cash **806.40** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 27-11-2019

Being

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 : 1003397 - naeema EL FAVEZ - 971567446845

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