



File No:

Date: ٢٠١١ / ١١ / ٢٠

Date: ... / ... /
Patient Name: Khalid
اسم المريض: خالد بن العيسى
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... /
Gender (الجنس): M / F
Marital Status (الحالة الاجتماعية):
Nationality (الجنسية):
Occupation (الوظيفة):
Address (العنوان):
Phone No. (رقم الهاتف): 055-6503322
E-MAIL: ca.s@nic.net.sa
How did you know about us:

File Number: 1003452

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا / نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟		
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟		
Allergies هل لديك أي حساسية؟		
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		
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى		
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HIV, HSV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط		



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.

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

Date: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتني 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 حالتني 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 القرح 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 قدمت لي فتحي الملف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتني 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

توقيع المريض / ولي الأمر (لمن هم دون القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمى الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (نمى الدم):	/	Blood Sugar (نمى السكر):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، اأخال للمستشفى

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

.....



PATIENT NAME: *Khaled*

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT BALANCE	SIGNATURE
30/11/19	hair Beard + Neck + Nape (Deka)	<i>Dr. Wesam Marwan Al Jabbaa</i>	<i>Wesam</i>
23/01/20	hair Beard + Neck + Nape (Deka)	<i>Dr. Wesam Marwan Al Jabbaa</i>	<i>Wesam</i>
24/02/20	hair Beard + Neck (Nape/Deka)	<i>Dr. Wesam Marwan Al Jabbaa</i>	<i>Wesam</i>
07/05/20	hair Beard + Neck (Deka) Nape	<i>Dr. Wesam Marwan Al Jabbaa</i>	<i>Wesam</i>
7/6/20	hair Beard + Neck + Nape (Deka)	<i>Dr. Wesam Marwan Al Jabbaa</i>	<i>Wesam</i>
7/12/20	hair Beard + neck + nape (Deka)	<i>Dr. Wesam Marwan Al Jabbaa</i>	<i>Wesam</i>
29/07/20	hair beard + neck + nape (Deka)	<i>Dr. Wesam Marwan Al Jabbaa</i>	<i>Wesam</i>

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

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	Khalidi,Mohammed,Saleh,Abdulla,Aljasm	IDN:	784197937168744	Mother Name:	
Name (Ar)	خالد محمد صالح عبدالله الجاسمي	Card Number:	087055729	Mother Name (Ar):	202018760
Title:		Nationality (Ar):	ARE الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	
Title(Ar):		Sex:	M	Sponsor Type:	
Issue Date:	10/01/2018	Date of Birth:	28/12/1979	Sponsor Name:	
Expiry Date:	10/01/2028	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	02	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	2423	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				

Photo



Signature Image

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

11/30/2019



يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة 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 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 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 بنق أو كسي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? No	متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا
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 تستخدمونها / 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/ 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 their 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 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 عملية إزالة الشعر بالليزر 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 فتعمل قدرتها على إتمام الشعر.

أفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع وعمر التزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات وخلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني علم على كامل كافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق والتف والكريمات وإزالة شعر بالشمع والكسي وإني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

إني قد تلتفت التعليمات التالية:

: يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج. يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.

لوشوم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والحساسيات ونوع البشرة للأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من

التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

١٤ أنه برغم التغيير الذي قد الحظته من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات حول على النتيجة المطلوبة.

مراض الجانبية

تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. ومن الممكن حدوث بعض التورم وندقات. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص

زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدمم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة

مسر واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أنه قد أتحت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة الى المعالج المختص وأني قد قرأت و

حت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قرائته لي. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت

به موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

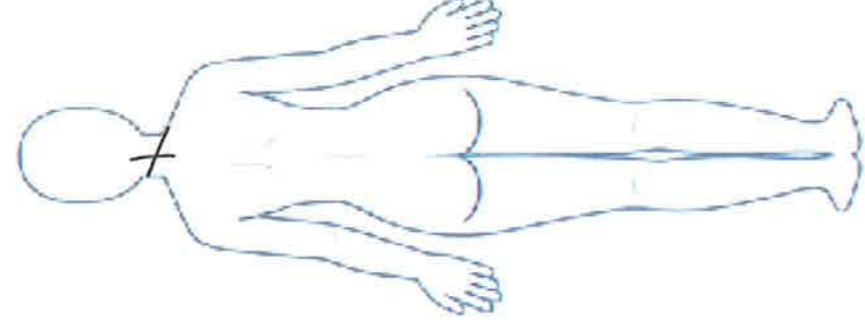
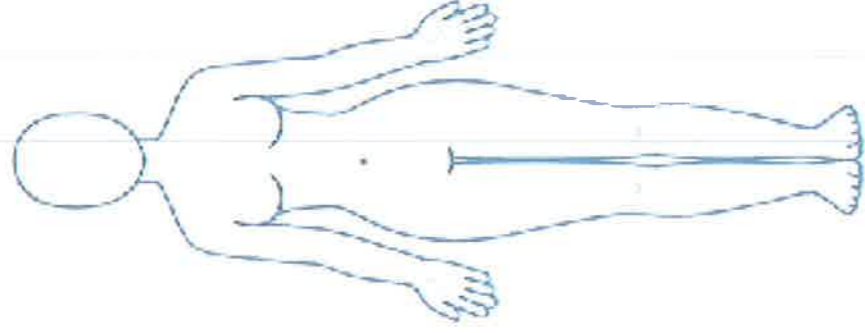
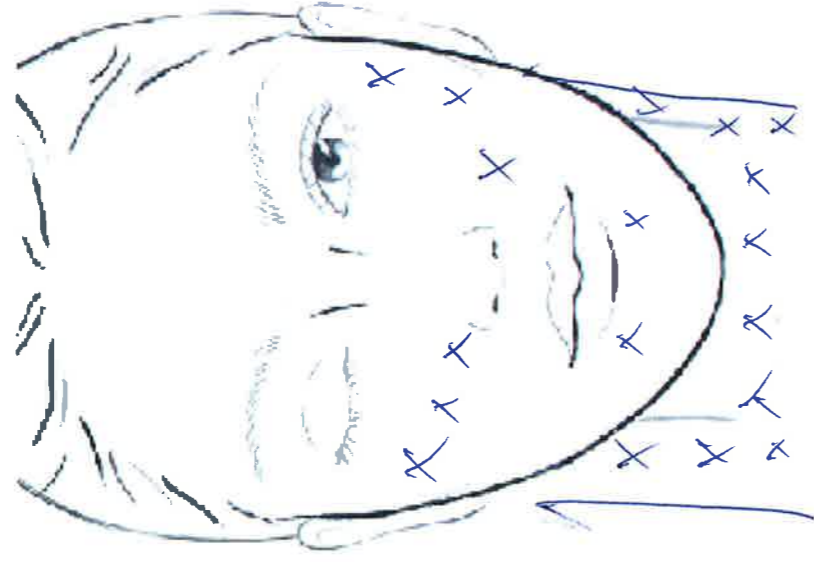
.....
.....
.....

سم و التوقيع

رئج

...../.../.....

Patient's Name: Khalid
 File Number:
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No

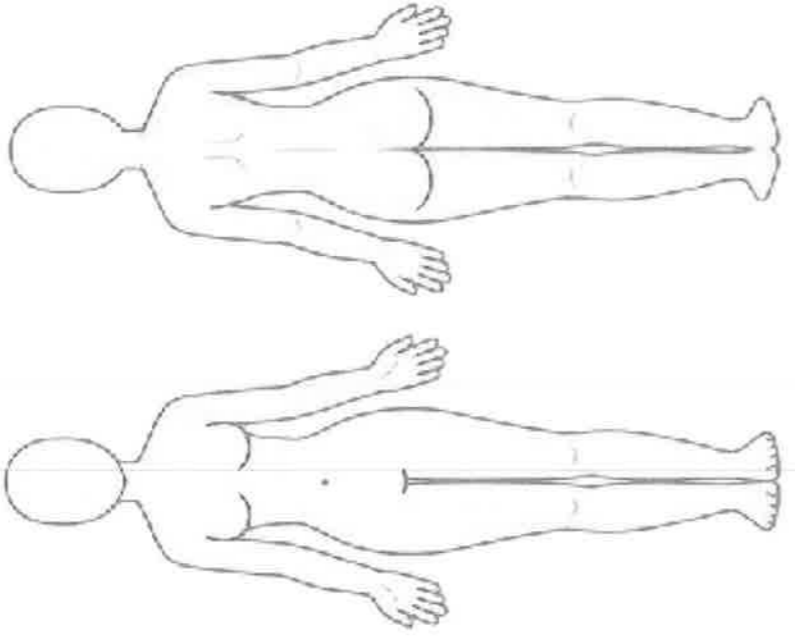
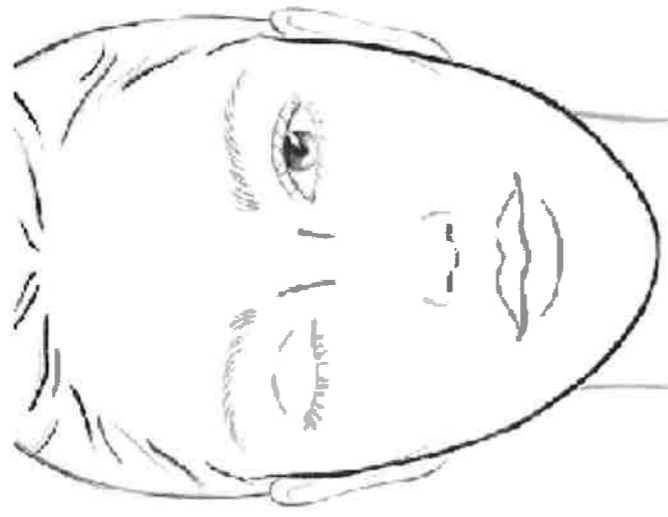


	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	30/11/19	23/01/20	24/02/20	27/05/20	7/6/20	7/7/20
Treatment Area	Beard + Neck	Same	Same	Same	Same	Beard + Neck + nape
Hair Type	Nape	Same	Same	Same	Same	Same
Mode	NDYAG:16	NDYAG:20	NDYAG:20	NDYAG:20	NO YAG	Alex 20
Fluence	20J/18ms	14J/18ms	14J/18ms	15J/18ms	15/18ms	7/15ms
Pulse Type	20J/20ms	14J/18ms	14J/18ms	15J/18ms	15/18ms	7/15ms
CNT Pulse	14J/18ms	14J/18ms	14J/18ms	15J/18ms	15/18ms	7/15ms
Passes	1 pass	1 pass	1 pass	1 pass	1 pass	1 pass
Starting Time						
Finish Time						
Post Treatment	HIRUDOID	HIRUDOID	HIRUDOID	FUCICORT	Antisept	Antisept

✱

Therapist Name and Signature

Patient's Name: **اسم المريض**
 File Number: **رقم الملف**
 Pain Relief given? Yes / No **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	23-07-20					
Treatment Area	Upper lip, chin					
Hair Type	Dark					
Mode	RF					
Fluence	6/15					
Pulse Type						
CHF Pulse	10/15					
Passes						
Starting Time						
Finish Time						
Post Treatment						

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 100.80

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006271)

Date:30-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003452 - KHALID 00. - 971556503322

The sum of Dhs. **One Hundred Dirhams and Eighty Fils Only**

By Cash 0.00 / By Credit Card 100.80 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 30-11-2019

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 : 1003452 - KHALID 00. - 971556503322

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



مركز أوركيديك الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007825)

Date:24-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003452 - KHALID 00. - 971556503322

The sum of Dhs. **Five Hundred Twenty-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash 0.00 / By Credit Card 525.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-02-2020

Being **bread line + neck + vat 6 sessions offer**

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 : **1003452 - KHALID 00. - 971556503322**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007204)

Date:23-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003452 - KHALID 00. - 971556503322

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: 23-01-2020

Being 1 session beard + 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 : 1003452 - KHALID 00. - 971556503322

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