



File No:

Date: 5/12/19

Date: 5/12/2019	File Number: 1003491
Patient Name: M.A.A.A.F. F.A.A.A.	اسم المريض:
Date of Birth: 26/8/1982 Gender: M	الحالة الاجتماعية:
Nationality: S.Y.F.A.A.	الوظيفة:
Address: D.A.A.P.A.	Phone No. (رقم الهاتف): 050.1534631
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؟	/	
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؟	فيديوتية 2	
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 الدم؟	/	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (نقر الدم)، لوكميا (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 تخطين 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 HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط 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 لناتج العلاج 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 للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو اليرقان أو الالام 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 الصحية و أتفهم ان أي 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، احوال 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 هي 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 , عدمية الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , 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 الاكوتان/ 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 بنقف أو كي 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	هل قمت بآخر 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 وشوم / 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 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 the 'ternative 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

.....
M. A. A. A.

Date

... / ... /

سم و التوقيع

..... / ... /

تاريخ

..... / ... /

أنا أوافقك الطبي / الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر التوفور. تفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين تهمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر تعطيل قدرتها على انماء الشعر. تفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع شعر والتزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص لاج. و اني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التصف و الكريما و ازالة شعر بالشمع و الكي و اني اخترت ازالة الشعر بالليزر.

باني قد تلقيت التعليمات التالية:
: يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.

جب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التصف قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.

لوشوم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

جب اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و المساسية و نوع البشرة

لأشخاص الذين تناولوا عقار الاكوتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقر تمنعهم من

لتعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

م أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات

صول على النتيجة المطلوبة.

عراض الجانبية

تتضمن الاعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و

نقعات. و هذه الاعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص

زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة

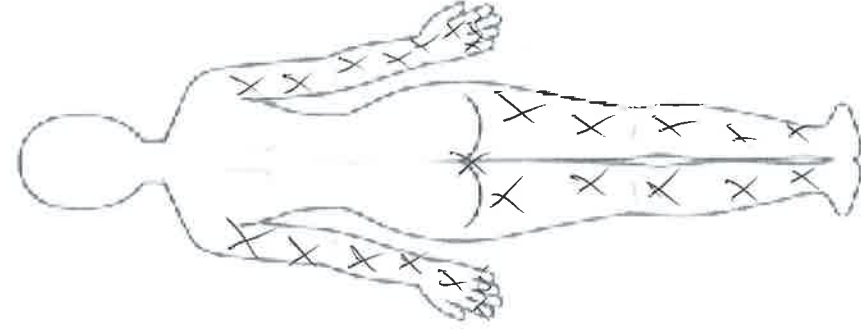
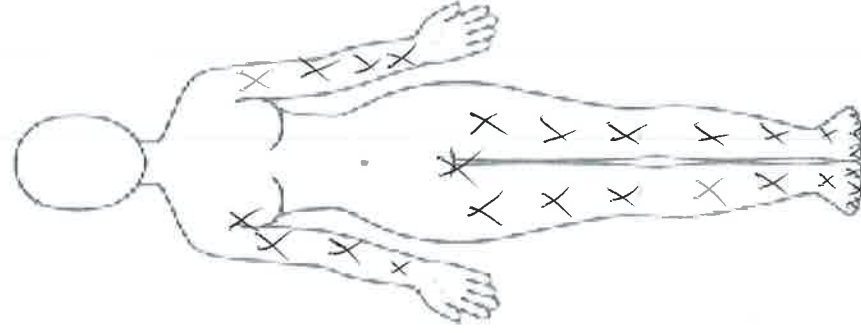
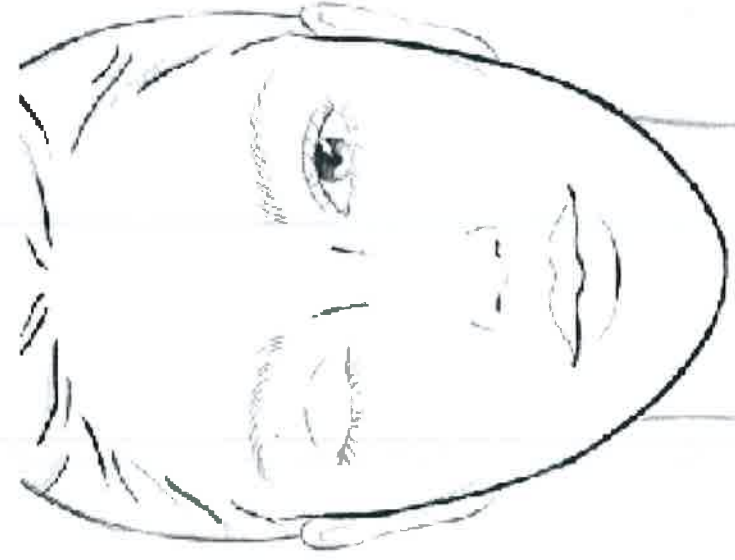
شمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أنه قد أتيتحت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الاسئلة الى المعالج المختص و أني قد قرأت و

تحت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و أني تجاوزت الثامنة عشر من عمري او حصلت

ب موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

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



Dekr

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	05/12/19	06/01/20	10/2/20	16/03/20	5/5/20	16/6/20
Treatment Area	full body	Same	Same	Same	full body	full body
Hair Type	DPI/FDP	Alex	Alex (20)	Alex	Alex 20	Alex 20
Mode			85/10ms		8/11-12	8/10-105
Fluence				hands - 9/10	Bikini	Bikini
Pulse Type	24J/SHORJ	8J/10-14	Big	legs - 8/12	full 18ms	15J/17ms
CNT Pulse	6-7/SHORJ	legs - 40J (16)	15/17ms	1 pass	1 pass	1 pass
Passes		Bikini - ND/AGI	1 pass	Bikini		
Starting Time	11 AM		Hirudoid	15J/17ms		
Finish Time	12:30pm	12:20 AM	Hirudoid	Hirudoid		
Post Treatment		12:10 AM	<i>De-ker</i> 11/15-17ms			

Therapist Name and Signature

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO*

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report**File****Valid Signature?**

Non-Modifiable Data (SF3) False

Modifiable Data (SF5) False

Holder Signature Image (SF7) False

Photography False

Home Address False

Work Address False

Card Holder Information

Name	Manar Riad,Albaghdadi	IDN:	784198208061865	Mother Name:	
Name (Ar)	منار رياض,البغدادي	Card Number:	093922560	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	03
Issue Date:	02/04/2019	Date of Birth:	26/08/1982	Sponsor Name:	امجد حسن شهاب
Expiry Date:	31/03/2021	Husband IDN:		Sponsor Number:	57784075
Marital Status:	02	Residency Number:	20120073055991	Residency Expiry:	31/03/2021
Residency Type:	03	Occupation:	99	Occupation Field:	00
ID Type:	IL				



Photo

Signature Image

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

12/5/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 600.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-009461

Date: 16-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003491 - MANAR 00. - 971501534631

The sum of Dhs. Six Hundred Only

By Cash 600.00 / By Credit Card 0.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Cheque No.

Date:

Being ADVANCE FOR 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

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006330

Date: 05-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003491 - MIANAR 00. - 971501534631**The sum of Dhs. **One Thousand Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,000.00 (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 FULL BODY + VAT BALANCE 575**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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,785.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007569)

Date:10-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003491 - MANAR 00. - 971501534631

The sum of Dhs. **One Thousand Seven Hundred Eighty-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **500.00** / By Credit Card **285.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **1,000.00**

Bank: Cheque No.

Date: 10-02-2020

Being **3 SESSION FULL BODY + 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 : 1003491 - MANAR 00. - 971501534631

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-008164

RECEIPT VOUCHER

AED 2,000.00

Date: 16-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003491 - MANAR 00. - 971501534631

The sum of Dhs. Two Thousand Only

By Cash 500.00 / By Credit Card 1,500.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 6 SESSIONS FULL BODY + VAT BALANCE 1780**

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

16/03/2020
2000 -- 16-03-2020
600 -- 16-05-2020
600 -- 16-06-2020
600 -- 16-06-2020
600 -- 16-06-2020