



File No:

Date: / /

Date: 14/12/2019

File Number: 10.0.3538

Patient Name: Wihab Abdallah

إسم المريض:

Date Of Birth: 24/3/1983 Gender: M / E

Marital Status: Married

Nationality: Egyptian Occupation: Sales Representative

صحة

Address: 419 Binahatti Apartment Sila

Phone No. (رقم الهاتف): 0567910220

E-MAIL: Wihab.Abdullah5@gmail.com

How did you know about us: Instagram

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	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؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيعات للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، لوكميا	Yes	ANEMIA
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	No	

Medical Consent Form

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

I am fully aware that any payments is NON refundable

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

Date: 10/12/1993

Mihal

نموذج اقرار طبي

- أوافق وأسمح للطبيب بملاح حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل والخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي 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 والعلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن 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 قدمته لي في فحسي للملف صحيحة و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الأطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحها لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل إرادتي

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 (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 للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعلي 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

.....

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟
 Always Burned , little tanned
 Always Burned, Never Tanned
 Little Burned, Always Tanned
 Rarely Burned, Always Tanned

هل ظهر لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا / لا / لا
 هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا / لا / لا
 هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا / لا / لا
 هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدروكورتين في منطقة العلاج؟ نعم / لا / لا / لا

هل قمت بتق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطه العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا
 متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير *sunbath*؟ نعم / لا
 هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا / لا / لا
 هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا / لا / لا
 هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا / لا / لا

ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حاليا؟.....
 هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا / لا / لا
 للسيدات فقط: هل أنت حامل؟ نعم / لا / لا / لا
 هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا / لا / لا

Wihad hereby consent that I am more than 18 years old or I have the approval of my guardian to undergo laser hair removal treatment at the Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser. I understand that laser hair removal produces a beam of light that generates an energy of which is absorbed in the pigments of hair follicles to destroy the hair. The results of the treatment varies from one person to another depending on the medical history and the skin type, hair type, hair color, and the amount of hair. I have read and understood the content of this form (or it has been read and understood by my guardian) and I consent that I know all the risks and benefits of laser hair removal and I choose removing my unwanted hair.

I am aware of the following precautions:
 I will avoid sun tanning solutions for 4-6 weeks before and after treatment.
 I will avoid waxing, electrolysis, or other hair removal methods for 4-6 weeks before and after treatment.
 I will avoid using retinoids, alpha hydroxy acids, or other exfoliating products for 4-6 weeks before and after treatment.
 I will avoid using tanning beds or self-tanners for 4-6 weeks before and after treatment.
 I will avoid using perfumes, deodorants, or other products that contain alcohol for 4-6 weeks before and after treatment.
 I will avoid swimming pools, hot tubs, saunas, or other hot water treatments for 4-6 weeks before and after treatment.
 I will avoid using harsh soaps or cleansers for 4-6 weeks before and after treatment.
 I will avoid using retinoids, alpha hydroxy acids, or other exfoliating products for 4-6 weeks before and after treatment.

أنا...
 أوافق على إجراء عملية إزالة الشعر بالليزر في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المذكور.
 أعلم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعطّل قدرتها على انماء الشعر.
 أعلم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.
 بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:
 يجب تجنب التسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل و بعد العلاج.
 يجب تجنب إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب ٦ أسابيع على الأقل.
 يجب تجنب التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
 يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسيات و نوع البشرة لأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية و أي عقاقير تتعرض منهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
 أعلم ان برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات وصولا على النتيجة المطلوبة.
 مراض الجانبية
 تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و الحكة و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تقوم في حال حدوثها. و يصبح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
 أنه قد أتاحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و وافقت على محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت التامة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغني السن القانوني.

سم و التوقيع

Wihad

رابع

اسم المريض: M/1492

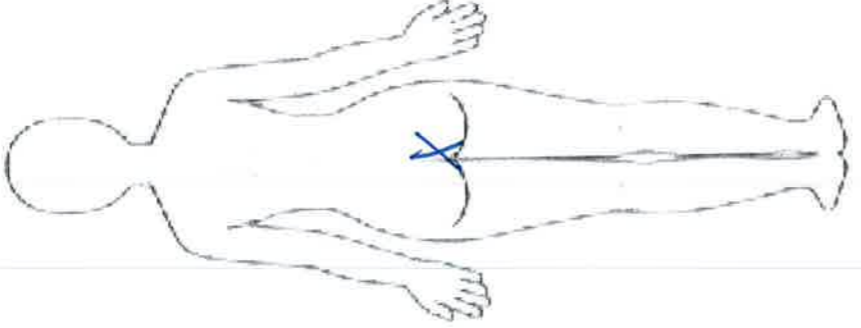
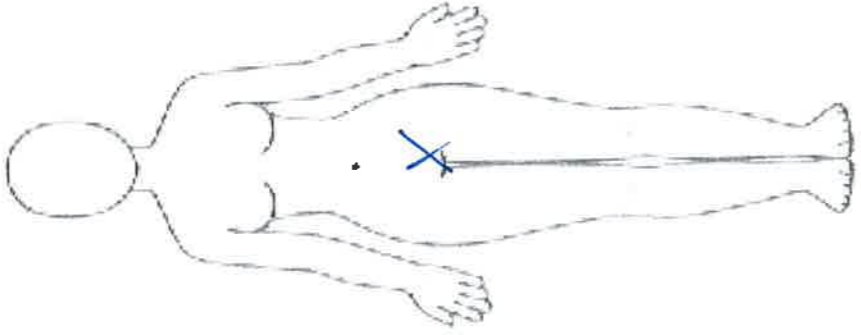
Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No

رقم الملف:

n? Yes / No

1003538



Session 1

Session 2

Session 3

Session 4

Session 5

Session 6

• 10/12/19.

Bikini full

D/cheek

NO yag 20

10/18 ms

1

6hr

Handed over



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006447)

Date:10-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003538 - nehal 000 - 971567910220

The sum of Dhs. **Three Hundred Sixty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **367.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 10-12-2019

Being **1 session full bikini + 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 : 1003538 - nehal 000 - 971567910220

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