



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 3/12/19

Date: ١٣/١٢/١٩

File Number: ١٥٥٣٥٦١

Patient Name:

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد) : ... / ... / ... Gender (الجنس) : M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): H.R. Occupation (الوظيفة) :

Address (العنوان): Abou-Dahab

Phone No. (رقم الهاتف): 05279841146

E-MAIL: Alnaita1983@gmail.com

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	X
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مثبّطات للمناعة؟	X
Allergies هل لديك أي حساسية؟	X
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	X
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	X
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	X
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	X
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	X
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	X
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	X
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	X
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	X
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	X
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	X
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV ... etc فيروس الإيدز، فيروس الحلاّ البسيط etc	X



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 المعؤل،

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضائية 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 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 الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم 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 للملف الصحية 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 اريادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ١٤ / ١٢ / ٢٠١٩ .

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نصبة الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم ضغط):	/	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 ، ابحال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي 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 *يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

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 type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جبرة؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو قرحات 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 Hydroequenon 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 بنتف أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately?	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 اي 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 تستخدمها لبشرتك حاليا؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت اي 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 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

... / ... /

سم و التوقيع

تاريخ

... / ... /

أنا بقدمي الي ليزر اوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر المشفر.

تفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر.

تفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع وعمر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص لاج. و اني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر الحائقي و التنف و الكريمات و إزالة شعر بالشع و الكي و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

باني قد تلقيت التعليمات التالية:

- : يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- جب تقادي إزالة الشعر بالشع أو التنف 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 الحساسية و نوع البشرة
- لأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو اي عقاقير تمنعهم من

لتعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

فهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات وصول على النتيجة المطلوبة.

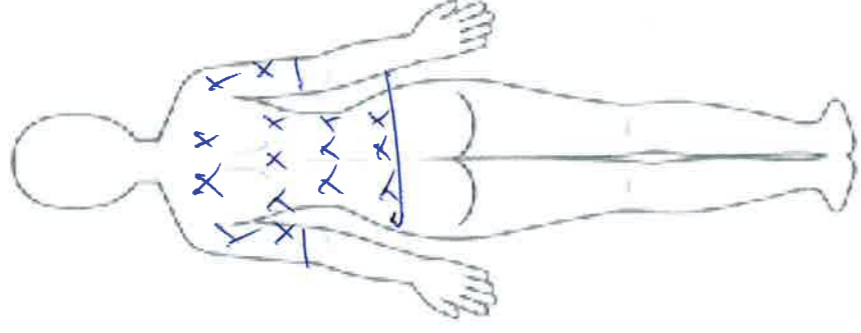
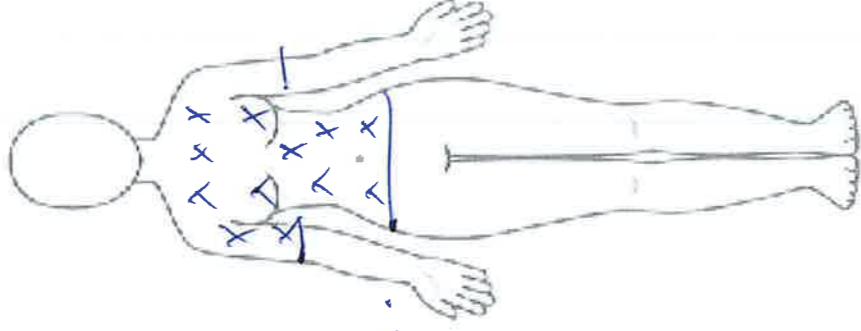
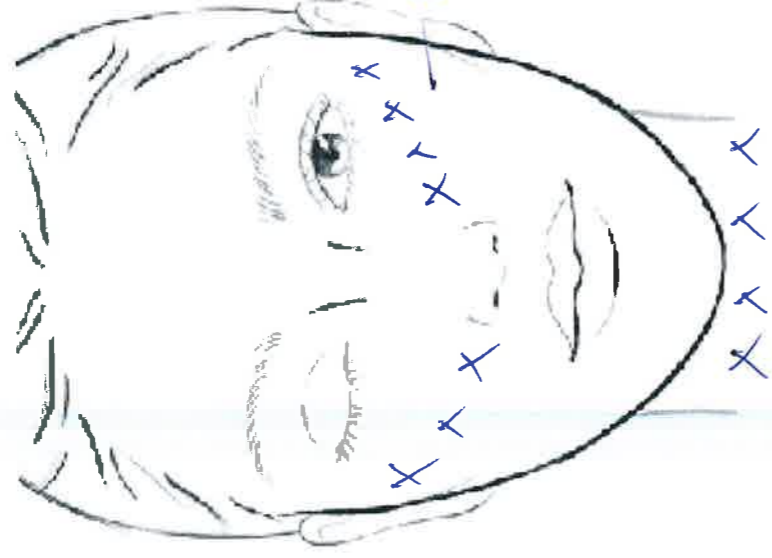
عراض الجانبية

تتضمن الاعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق, و من الممكن حدوث بعض التورم و نفاقتا, و هذه الاعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الي عدة ايام بعد العلاج. نقص زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تنوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة

شمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس. أنه قد أتاحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الامسلة الي المعالج المختص و أنني قد قرأت و مت مصفويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت

ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

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



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	13/12/19					
Treatment Area	cheek + back					
Hair Type	Soft Med					
Mode	Alex					
Fluence						
Pulse Type	8J/11ms					
CNT Pulse						
Passes						
Starting Time	7:10pm					
Finish Time	8:15pm					
Post Treatment	HR0000					

Therapist Name and Signature

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQXO*

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	Azar,Ibrahim,,Tamous	IDN:	784198373085046	Mother Name:	
Name (Ar)	عازر ابراهيم تأموس	Card Number:	096248642	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Sex:	M	Sponsor Type:	06
Issue Date:	03/09/2019	Date of Birth:	23/04/1983	Sponsor Name:	الجابر لخصمت الطاهر ذ م م
Expiry Date:	28/08/2021	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Marital Status:	02	Residency Number:	10120102259389	Residency Expiry:	28/08/2021
Residency Type:	02	Occupation:	02	Occupation Field:	00
ID Type:	IL				



Photo

Signature Image

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

12/13/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006505)

Date:13-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003561 - azar IBRAHIM - 971527984446

The sum of Dhs. **Eight Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **892.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 13-12-2019

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 : 1003561 - azar IBRAHIM - 971527984446

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