



File No:

Date: 14/12/19

Date: 14/12/2019

File Number: 1003564

Patient Name: Hamed Obaidi

إسم المريض: همد العبيدي

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... / ...

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0509779676

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 الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية 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 امراض؟	✓	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض 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 (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	✓	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	✓	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض بولية أو تناسلية؟	✓	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	✓	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	✓	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	✓	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	✓	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	✓	
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الأبتز، 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 وأسمح للطبيب بعلاج 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 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 التجريبية 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 أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 قدمت لي قد بقي السلف صحيحة. و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه 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 (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 , اذخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظي 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

.....

REDAD DATA

CAEA10EBAA830DQx01

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	Hamad,Ibrahim, Yousif,Ibrahim,Alobeidli	IDN:	784199906149572	Mother Name:	HUDA YOUSIF MOHAMMED ABDULLAH ALMULLA
Name (Ar)	حمد ابن ابراهيم يوسف ابراهيم العبيدي	Card Number:	088013358	Mother Name (Ar):	هدى يوسف محمد عبدالله الملا
Title		Nationality (Ar):	ARE	Family ID:	301012934
Title (Ar):		Nationality	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	06/03/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	06/03/2023	Date of Birth:	19/01/1999	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	18



Photo

Signature Image

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

12/14/2019

PPF Treatment Contains PPFs and Platelets from your own blood

Description of Treatment

This treatment involves the collection of your blood (approximately 11 - 22 ml), then your blood is spun down using a centrifuge to separate out the plasma and platelet portion using the separator gel as a special filter. The PPF portion of your blood is then used at the point of care to re-energize your cells into rejuvenating themselves. The product is 100% your own blood by-product (autologous). If you have any questions please do not hesitate to ask your physician or nurse.

Side Effects

you will likely experience mild to moderate swelling of the treated area, this will last for about 12- 24 hours; ice or cold compresses can be applied to reduce swelling if required. You may notice a tingling sensation while the cells are being activated. In rare cases skin infection may occur, which is easily treated with an anti-biotic.

Contraindications

You should not have PPF treatment done if you have any of the following conditions: Skin conditions and diseases including: Facial cancer, existing or uncured. This includes SCC, BCC and melanoma, systemic cancer, chemotherapy, steroid therapy, dermatological diseases affecting the face (i.e. Porphyria), Blood disorders and platelet abnormalities, Anticoagulation therapy (i.e.: Warfarin)
Platelet dysfunction syndrome, critical thrombocytopenia, hypofibrinogenaemia, haemodynamic instability, sepsis, chronic liver disease, Hepatitis or any acute or chronic infections.
Aspirin, Anti-inflammatory such as Nurofen, Voltaren, Diclofenac, or Naproxen etc.? St Johns Wort, Garlic,
Are you currently taking, or have you recently taken (within 14 days) Vitamin E, or Fish Oil supplements that could have a thinning effect on your blood.

In case of presence of any previously mentioned contraindications please mention it here

Or Ask the doctor if you are not sure or you have any questions.

Patient's Name and Signature:

اسم المريض / التوقيع
محمد ابراهيم العبدى

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

التاريخ: ... / ... / ...

وصف العلاج

يتضمن العلاج باستئصال البلازما الغنية بالصفائح الدموية السوية أخذ عينة من دم المريض تساري تقريبا (١١ - ٢٢ مل)

ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما والصفائح باستخدام سائل فاصل التفتيح بشكل خاص.

ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و إعادة البناء لها.

هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض.

إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

الأعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف إلى المتوسط في منطقة المعالجة. وقد يستمر هذا التورم من (١٢-١٧) ساعة ويمكن وضع الكمادات الباردة والتخفيف في المنطقة التورمة إذا تطلب الأمر. من الممكن أن تشعر ببعض الوخز الخفيف بينما يتم تطبيق الخلايا. نادراً ما يصاحب العلاج التهاب في الجلد والذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضادات الحيوية.

موانع العلاج

- لا يجب أن تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية: الأمراض الجلدية التي تتضمن سرطانة الوجه غير الخالية كسرطانات الخلايا المرشفة و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا المسببة و السرطان الجهازي و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الأمراض الجلدية التي تصيب الوجه (مثل الورفيريما)، أمراض الدم و العظام في الصفائح الدموية، علاج تشتر الدم (مثل الورفارين)
- متلازمة حثل الصفائح الدموية، نقص الحديد في حثل الصفائح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار تعلق الدم، حالات التشنج الدموي، أمراض الكبد المزمنة،
- تناول الأسبرين و مضادات الالتهاب كالتيفيدون و النيتازون و الستيرويدات و الباريتامين، أو مستحضرات الليم، أو إذا كنت تتناول حاليًا (خلال الأربعة عشر يومًا الماضية) مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي إلى ترقق الدم، في حالة وجود أحد موانع العلاج التي سبق ذكرها يرجى ملاحظة ذلك هنا

و إذا لم تكن متأكدًا أو كانت لديك أي استفسارات اسأل الطبيب المختص.



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-006508)

Date: 14-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003564 - HAMAD AL OBEIDLI - 971509779676

The sum of Dhs. Seven Hundred Thirty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 735.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 14-12-2019

Being 1 session prp hair + biotin + 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 : 1003564 - HAMAD AL OBEIDLI - 971509779676

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