



File No:

Date: / /

Date: 18/12/19...

File Number: 1.003.594

Patient Name: S.M.N.A. Elzabari

إسم المريض:

Date Of Birth: 11/11/86 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: Sudanese Occupation:

Phone No. (رقم الهاتف): 0566280393

Address: Alwan, Daba

E-MAIL: S.M.N.A.Elzabari@orchidmc.com

How did you know about us:

التاريخ الطبي	Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition			
هل تناولت أي أدوية أو تلقيت أي علاجات حديثة؟ Recent or current drugs/Medical Treatment		X	
هل تناولت أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟ Corticosteroids/Immunosuppressant		X	
هل لديك أي حساسية؟ Allergies		X	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟ Surgical Operations, Serious illness		X	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟ Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease		X	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتناول أي مميعات للدم؟ High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants		X	
هل تعاني من فقر الدم، لوكيميا (سرطان الدم) أو أمراض أخرى Anemia, Leukemia (سرطان الدم)		X	
هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ Renal, Urinary, Sexually transmitted disease		X	
هل أنت حامل؟ هل تتناولين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems		X	
هل تعاني من أمراض الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases		X	
هل تعاني من مرض القولون العصبي، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other		X	
هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ Epilepsy, or any other neurological disease		X	
هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ Thyroid Diseases, Diabetes			
هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ Other conditions		X	
هل تعاني من فيروس الإيدز، فيروس الحلاّ البسيط etc HSV, HIV...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: 18 / 12 / 19

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 الأفضل 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 اي ضمانات أو نتائج للعلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استعمال 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 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 قدمته لدي فتحتي للملف صحيحة و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر ان 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: / /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمىة الدم):
Pulse (النض):	ppm	Blood Pressure (نمط الدم):	/	Blood Sugar (نكر الدم):

Chief Complaint سبب زياره المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسيه

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقه , ابحال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
18/12/2019	dysport (0.45) NLF Riller = 1 syringe next app after 2 weeks	850	Teosyal Puresense Ultimate Lot: TSTL-184813B 2020-11 1ml	Medecin

Dr. Nesam Marwan Al Tabbaa
Dermatology specialist
MOH License No.: 1826
Orchid Medical Centre

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO

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	Sumia Elzubair, Mohamed Osman,, Elzubair	IDN:	784198683591741	Mother Name:	
Name (Ar)	سميه الزبير, محمد عثمان, الزبير	Card Number:	084840680	Mother Name (Ar):	
Title		Nationality:	SDN	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	السودان		
Issue Date:	09/08/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	30/07/2020	Date of Birth:	25/11/1986	Sponsor Name:	خدمات امبول (قرن دم م
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120177095217	Residency Expiry:	30/07/2020
ID Type:	IL	Occupation:	1231	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

12/18/2019

ورقة موافقة على العلاج بالفيلر

التاريخ: ١٨/١٠/٢٠٢٤

انا السيد/السيدة

به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه.

لقد تم إبلاغي باحتمال ظهور بعض الأعراض الجانبية المصاحبة لحقن مادة الفيلر، والتي من المحتمل ظهورها بعد الجلسة مباشرة أو مؤخرا والتي قد تحتوي على:

التهابات (احمرار، وذمة، إلخ) وأيضا قد تصاحب شعور بالحك، ألم عند الضغط وذلك يكون بعد الحقن مباشرة. هذه الأعراض قد تستمر لمدة أسبوع.

ورم دموي - تيبس في المنطقة المحقونة- تلون في المنطقة المحقونة - حدوث انتفاخ أو تورم أو التهاب أو حساسية - حدوث تأثير بسيط أو عدم حدوثه

بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة وسوف تختفي من تلقاء نفسها بعد عدة أيام من جلسة الحقن.

الآثار النادرة الأخرى تتضمن:

لا يمكن التنبؤ بمدى استمرارية الفيلر في الجسم سواء أقصر أو أطول من المدة المتوقعة عدم تناظر الوجه - تغير طويل الأمد في لون الجلد - خمج فيروسى أو خمج جرثومى

ندبة-تقرح - ورم حبيبومى - صدمة تحسسية - العمى

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 6 إلى 9 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح.

إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا اتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور أو الوصف المرفق

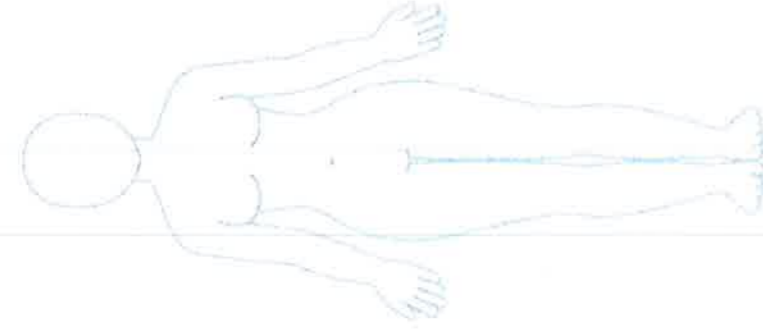
التوقيع:

التوقيع:

نعم لا

اسم المريض: Suaina C.A

اسم المعالج: DR. WESAM



Filler Injection Log

Session	Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1					
Session 2					
Session 3					
Session 4					
Session 5					

Botox Injection Log

Session	Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

Doctor's Name and Signature

.....

ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: 18/12/2019

أنا السيد/السيدة _____ أؤكد بأنه تم شرح لنا كيفية العلاج باستخدام البوتكس وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه كحال جميع الادوية البوتكس قد يحتوي على آثار جانبية. هذه الردود العكسية قد تكون متعلقة بالعلاج، إما بسبب المنتج أو الفرد، لكن بشكل عام هذه المضاعفات قد تحدث في الأيام الأولى التي تتبع يوم الحقن وتكون بشكل مؤقت. معظم الحالات التي تم تسجيلها تكون بدرجة معتدلة إلى خفيفة. كما هو متوقعة بعد الحقن سوف يكون هناك شعور بألم وحرق وتيبس وتورم ووزراق.

من الآثار الجانبية الشائعة التي من الممكن حدوثها: صداع، زغللة، احمرار، تراخي بعضلات الوجه وألم في الوجه.
من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، تميل، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاه، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالمعضلات، أعراض الانفلونزا، ضعف وحرارة.

الآثار الجانبية التالية قد تكون نادرة: حكة، طفح جلدي، قشعريرة، أنواع مختلفة من الطفح الجلدي الأحمر، حساسية قوية (تورم وتحديدا في الوجه والمجرى الهوائي مما يسبب صعوبة بالتنفس)، هبوط الحاجب أو الجفن، سماع طنين بالأذن وقلة السمع، حساسية في صعوبة البلع والتنفس والكلام.

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 4 إلى 6 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح. إنني أفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا أفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور او الوصف المرفق

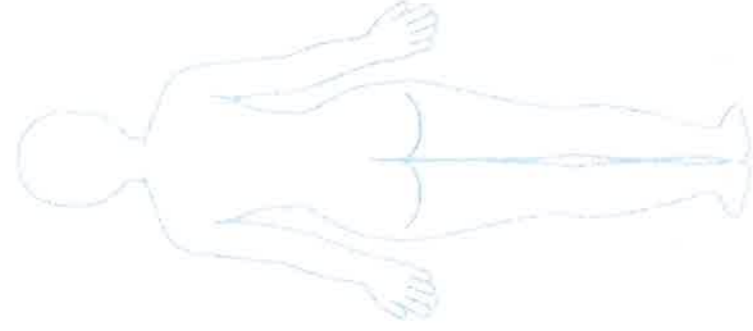
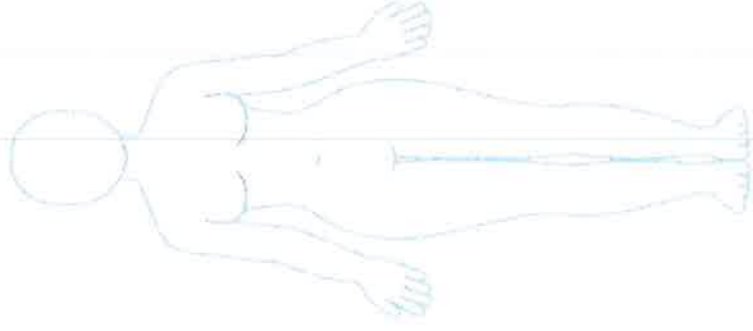
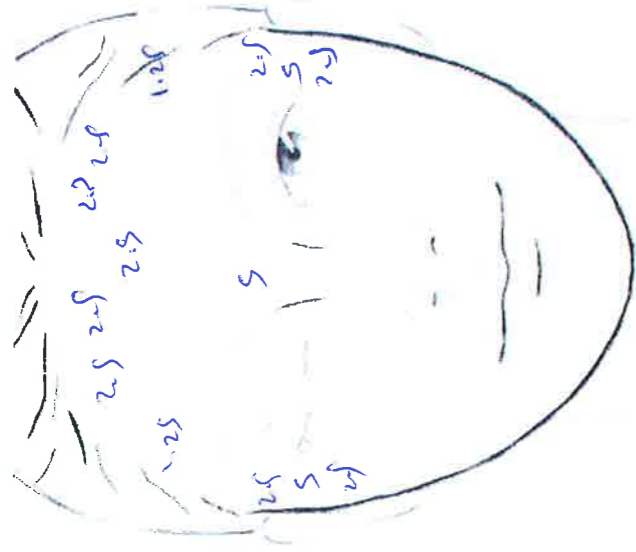
نعم لا

التوقيع: _____

Sumia G. Zubair

التوقيع: _____

Dr. Waseem



Filler Injection Log

Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

Botox Injection Log

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....

السيرة الذاتية
مستند

1942.5

1500

1942.5

السيرة الذاتية



السيرة الذاتية
مستند

1942.5

1500

1942.5

السيرة الذاتية





مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,500.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006572)

Date:18-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003594 - sumia 000 - 971566280393

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 18-12-2019

Being **botox 850 + nif filler 1000 + 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

Confirmed by : 1003594 - sumia 000 - 971566280393

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 442.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-007951)

Date: 02-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003594 - sumia 000 - 971566280393

The sum of Dhs. **Four Hundred Forty-Two Dirhams and Fifty Filis Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **442.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 02-03-2020

Being

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 : 1003594 - sumia 000 - 971566280393

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



[Handwritten signature]

2 / March / 2022

[Handwritten signature]
/s/ Hans van der ...

United Arab Emirates دولة الإمارات العربية المتحدة
Resident Identity Card بطاقة هوية مقيم

ID Number / رقم الهوية
784-1986-8359174-1

الإسم: سمية الزبير محمد عثمان الزبير
Name: Sumi Elzoubair Mohamed Osman
Elzoubair
الجنسية: السودان



United Arab Emirates دولة الإمارات العربية المتحدة
Resident Identity Card بطاقة هوية مقيم

ID Number / رقم الهوية
784-1990-0362527-6

الإسم: وفاء الزبير الطيب الشيخ
Name: Wafa Elzoubair Eitayeb Elshikh
الجنسية: السودان
Nationality: Sudan



United Arab Emirates دولة الإمارات العربية المتحدة
Resident Identity Card بطاقة هوية مقيم

رقم الهوية / ID Number
784-1990-0362527-6

الإسم: وفاء الزبير الطيب الشيخ
Name: Wafa Elzoubair Eltayeb Elshikh

الجنسية: السودان
Nationality: Sudan

