



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إنسانة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

File No:

Date: 18/12/19

Date: 18/12/2018

File Number: 1003600

Patient Name: Asmaa Faisal Yousof Alkhamd إسم المريض: سما يوسف الخادم

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 31/1/1996 Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Jordanian (الوظيفة): Teacher (M.O.E)

Address (العنوان): Sharjah Alkham Phone No. (رقم الهاتف): 0504833467

E-MAIL: Asmaa.faisal@outlook.com How did you know about us: Instagram

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



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 يكشف 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 او تأمين لتتأخر العلاجات و الإجراءات الطبية أو التحليلية المقدمة لي. كما اتفهم 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 الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف 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 قدمته لدي قسمي الملف صحية. و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs		
Weight (الوزن):	Kg	Blood Type (نمط الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Sugar (سكر الدم):
Height (الطول):	cm	
Blood Pressure (ضغط 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 (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 الاجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عدية الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار هل ظهرت لديك علامات ندوب أو جدرية؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No Have you used Retin A-Glycolic acid or Hydroequenon on Site?Yes / No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا هل تناولت عقار الاكيتان / ايسوتريتونين خلال الشهر الماضي؟ نعم / لا 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 Did you get exposed to sun or got tanned lately? Do/ Did you use any tanning products? Yes / No Do you Have any tattoos on site? Yes / No Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No What products you are using for your skin recently?..... Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت بتق أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا هل كنت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا هل لديك اي وشموم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا ماهي المنتجات التي تستخدمونها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟ هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا 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 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

Date

... / ... /

اسم و التوقيع

تاريخ

18/12/2019

أنا بصفتي أوافق على إجراء عملية إزالة الشعر بالليزر في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز رز المتطور. أعلم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. أعلم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأنسج. ولاني علم على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك والتفك والكريمات وإزالة شعر بالشمع والكلي وأنني اخترت إزالة الشعر بالليزر. بأنني قد تقيمت التعليمات التالية:
: يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
جب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتق قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
لوشوم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
جب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والمساحية ونوع البشرة لأشخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
مهم أنه برغم الفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
صوبل على النتيجة المطلوبة.
براض الجانبية
تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق، ومن الممكن حدوث بعض التورم و شقوقات. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدوم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة مسم واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
أنه قد أتاحت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الاستشارة الى المعالج المختص وأنني قد قرأت و مت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي، وأنني تجاوزت الناحية عشر من عمري أو حصلت ب موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

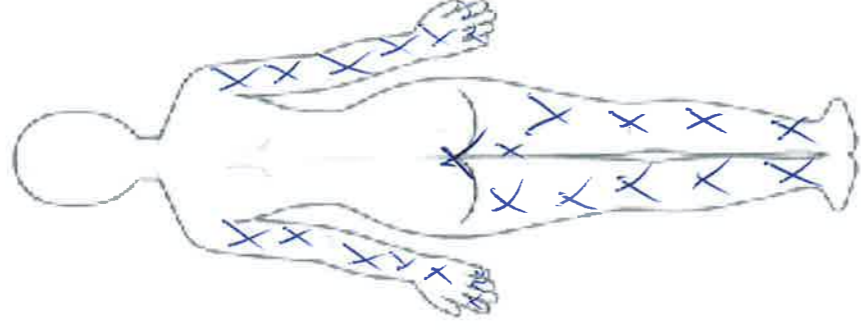
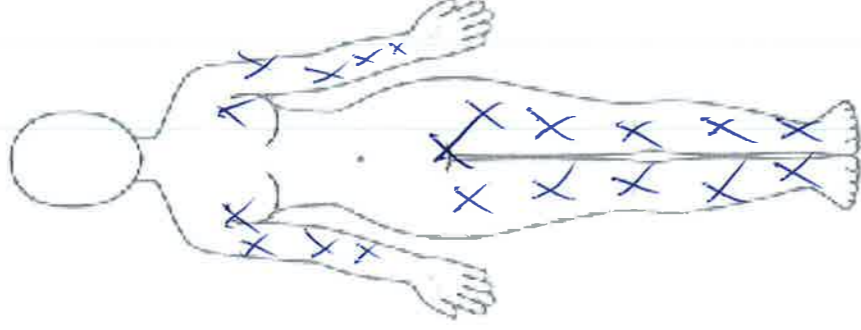
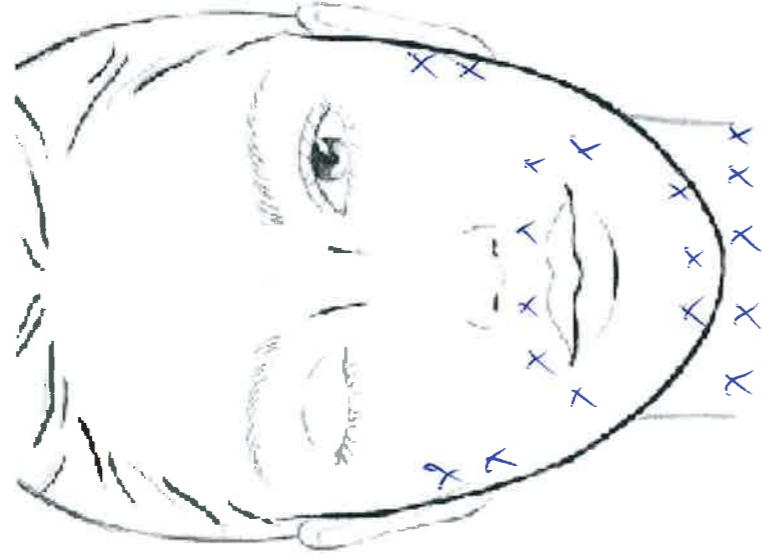
Patient's Name: Asma Suaid اسم المريض

File Number: رقم الملف

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	18/12/19	4/2/20	11/03/20	5/4/20	4/06/20	08-07-20
Treatment Area	U.A+Bikini	U.A+Bikini	Same	full body	Same	FACE TB
Hair Type	U.A+Bikini	Alex (16)	Same	Alex 20	Alex	Alex 8/10 WAX 19/15
Mode	VA-NDYAG	QS/12.5	Alex: 20	Blend 10/Soft	Alex	
Fluence				8/10-11ms	8J/10-11	
Pulse Type	15J/18ms	Bikini	U.A-7J/13ms			
CNT Pulse	Bikini-Alex	Alex (16)		Bikini 15/17ms	Bikini-8-7/13	18ms
Passes	8J/15ms	8J/18ms	14ms	1 pass		8:00
Starting Time						8:40
Finish Time						
Post Treatment	HIRUDOID	HIRUDOID	HIRUDOID	HIRUDOID	HIRUDOID	HIRUDOID - new skin

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	Asmaa,Fuad,Yousuf,,Ahmed	IDN:	784199628518476	Mother Name:	
Name (Ar)	اسماء فواد يوسف احمد	Card Number:	096406701	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	12/09/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	07
Expiry Date:	09/09/2022	Date of Birth:	31/01/1996	Sponsor Name:	وزارة التربية والتعليم
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	10120197344522	Residency Expiry:	09/09/2022
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

12/18/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 577.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-006587)

Date: 18-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003600 - ASMAMA FUAD - 971504833467

The sum of Dhs. Five Hundred Seventy-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 577.50 / 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

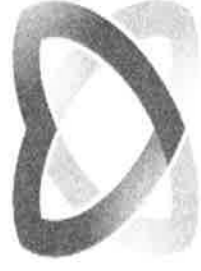
Being 3 SESSION BIKINI + 3 SESSION UNDER ARM+ VAT

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 : 1003600 - ASMAMA FUAD - 971504833467

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,150.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008411)

Date:05-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003600 - ASMAA FUAD - 971504833467

The sum of Dhs. Three Thousand One Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 3,150.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 05-04-2020

Being 6 SESSIONS FULL BODY DEKA + 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 : 1003600 - ASMAA FUAD - 971504833467

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-009251

Date: 06-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003600 - ASMAA FUAD - 971504833467

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Only**By Cash **210.00** / 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 DERMA**

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