



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 22/12/19

Date: 22/12/19

File Number: 1003634

Patient Name: R. c. l. a. h. e. r. a. k. i.

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1. / 1. / 1991 Gender (الجنس): M (F)

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married + 2

Nationality (الجنسية): S. y. k. i. a. n. Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): A. t. a. m. a. n. Phone No. (رقم الهاتف): 05.64671000

How did you know about us:

E-MAIL: k. t. a. e. s. e. t. h. e. r. a. k. i. @. g. m. a. i. l. . c. o. m

| التاريخ الطبي | |
|---|-------------------------|
| Medical Condition | الحالة الطبية |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟ | Yes/No نعم / لا X |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات 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)، لوكيميا (نقر 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 الأمراض بولية أو تناسلية؟ | X |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | عائف العجل دبان |
| 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 السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ | X |
| Other conditions 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: ... / ... /

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 وخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف 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 والعلاجات اللازمة والمطلوبة بحكم خبرته المهنية والعلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات والإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما تفهم الأخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الأخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية والجراحية.

وأدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية.

أتفهم أن هناك رسوم بالأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية وأن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية والتاريخ الطبي الذي قدمته لدى فتحى الملف صحية، واتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار وأن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل واني قد قرأت وفهمت جميع تفاصيله بالكامل واني وقعت عليه بكامل ارادتي

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

توقيع المريض / ولي الأمر (المن دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

| | | | | | |
|-----------------|-----|----------------------------|----|-------------------------|--|
| Weight (الوزن): | Kg | Height (الطول): | cm | Blood Type (نمط 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 المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظمي 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

cAEAlOEBA83ODQxO*

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 | Rola,M Jehad,,,Alheraki | IDN: | 784199186075398 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | رولا محمد جهاد,,,الحرابي | Card Number: | 086579004 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | SYR | Family ID: | |
| Title (Ar): | | Nationality (Ar): | الجمهورية العربية السورية | | |
| Issue Date: | 05/12/2017 | Sex: | F | Sponsor Type: | 03 |
| Expiry Date: | 25/11/2020 | Date of Birth: | 01/01/1991 | Sponsor Name: | احمد رشيد السمان |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 68164261 |
| Residency Type: | 03 | Residency Number: | 20120133134317 | Residency Expiry: | 25/11/2020 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 99 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

12/22/2019



precisely Kindly Answer the following questions

| | |
|--|---|
| How do you better describe your skin Type | ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟ |
| <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned | <input checked="" type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار |
| <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned | <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار |
| <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned | <input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار |
| <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned | <input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار |
| Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No | هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ <input type="checkbox"/> نعم / <input checked="" type="checkbox"/> لا |
| Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No | هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا |
| Have you Taken Akutan or isotritonine in the last 6 months? Yes/ No | هل تناولت عقار الاكيتان/اليسوتريونين خلال الست أشهر الماضية؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا |
| Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydrocuenon on Site? Yes / No | هل استخدمت ريتين اي أو منتجات حمض الهالوكريك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ <input type="checkbox"/> نعم / <input checked="" type="checkbox"/> لا |
| Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No | هل قمت ببنف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No | متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا |
| Do/ Did you use any tanning products? Yes / No | هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا |
| Do you Have any tattoos on site? Yes / No | هل لديك اي وشموم / تاتو في منطقة العلاج؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا |
| Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No | هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا |
| What products you are using for your skin recently? | ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حاليا؟ <input checked="" type="checkbox"/> Cetaphil |
| Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No | هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا |
| For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No | السيدات فقط : هل انت حامل؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا |
| Have you done any permanent make up? Yes / No | هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> 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
... / ... / ...

انا بقدمي الي تز اوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.
تفهم ان اشعة الليزر تنتج طبقا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعطل قدرتها على انماء الشعر. تفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع وترام المرضي بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص لاج. و ايني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لازالة الشعر كالتنق و التنف و الكريما و ازالة شعر بالشمع و الكي و ايني اخترت ازالة الشعر بالليزر.
بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:
: يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
جب تقادي ازالة الشعر بالشمع أو التنف قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
ليشوم و التاتو و المكياج و منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
جب اعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة
لأشخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الست اشهر الماضية أو اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.
هم أنه برغم التغيير الذي قد أظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات حصول على النتيجة المطلوبة.
مراض الجانبية
تتضمن الاعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و نتقعات. و هذه الاعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
أنه قد أتيتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الاسئلة الي المعالج المختص و أنني قد قرأت و ت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و ايني تجاوزت التامة عشر من عمري او حصلت با موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغني السن القانوني.

سم و التوقيع

رئع

... / ... / ...

Patient's Name: Rola Alhehaki

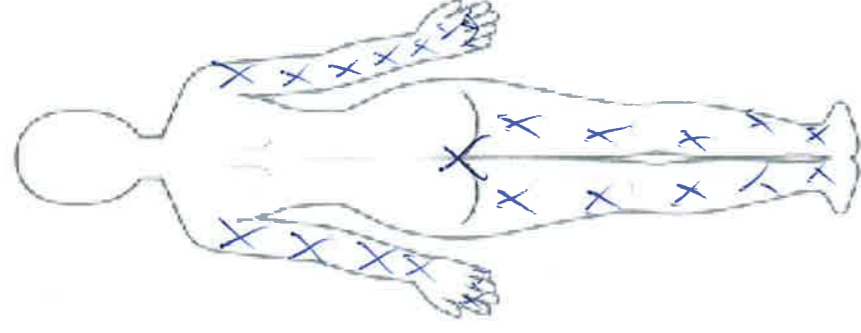
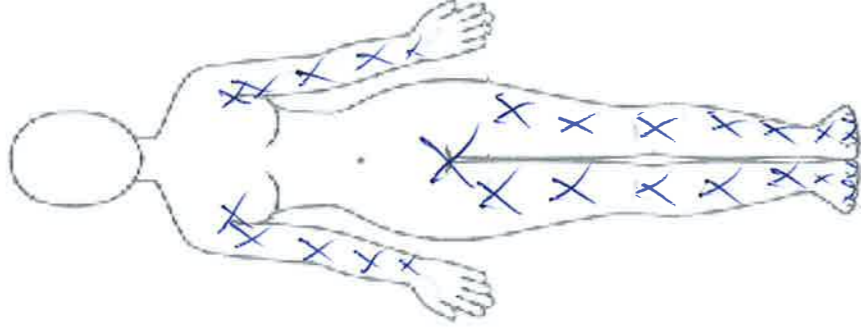
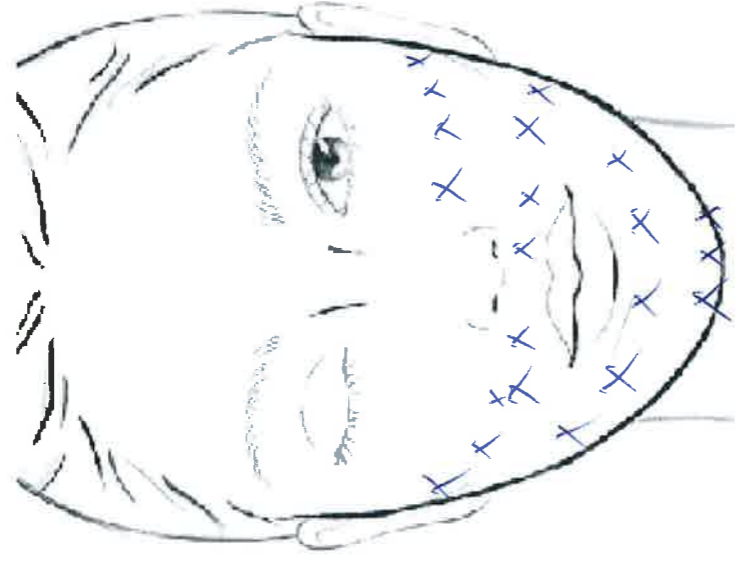
اسم المريض:

File Number: رقم الملف:

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No

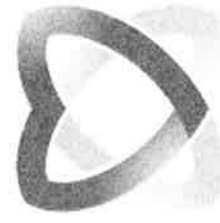
Pretreatment photography taken? Yes / No



| | Session 1 | Session 2 | Session 3 | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|----------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Treatment Date | 22/12/19 | 19/1/20 | 23/2/20 | 7/4/20 | 5/6/20 | |
| Treatment Area | Full body | Full body | Full body | Full body | Full body | |
| Hair Type | Med/Dark | Thin | Soft | Soft | Soft | |
| Mode | Alex | Alex(20) | Alex 20 | Alex 20 | Alex 20 | |
| Fluence | 8J | 9.5mJ | 8/10ms | 9/10ms | 9/10ms | |
| Pulse Type | 8J/10-13 | 8J/12.5 | 8/10ms | 8/10ms | 9/10ms | |
| CNT Pulse | Bikini-YAG | Bikini | Bikini | 16/15ms | 16/15ms | |
| Passes | 14J/20ms | 2PM | 3PM | 6PM | 2PM | |
| Starting Time | HIRUDOID | HIRUDOID | HIRUDOID | HIRUDOID | HIRUDOID | |
| Finish Time | | | | | | |
| Post Treatment | | | | | | |

Therapist Name and Signature

Handwritten signature: Hamed



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008436

Date: 07-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003634 - ROLA 000 - 971569671000**

The sum of Dhs. **Five Hundred Only**

By Cash **500.00** / 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 full body laser + 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

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-009202

Date: 05-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003634 - ROLA 000 - 971569671000**

The sum of Dhs. **Five Hundred Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **500.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **advance for full body laser + vat shared with her sister her file (1003362)**

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