



File No: .....

Date: / /

Date: 12/09/2022

File Number: 1003638

Patient Name: Ethelhad

اسم المريض: Ethelhad

Date Of Birth: 19/07/1969

Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: (الجنسية):

Occupation: (الوظيفة):

Address: (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 5.0.6.9.8.6.9.4.4

E-MAIL: .....

How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	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 مبيعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لو كيميا (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 انت 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 السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	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 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 العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية 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 الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحتي الملف صحية، و أتفهم أن أي 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	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمىة الدم):	
Pulse (النمى):	ppm	Blood Pressure (مىظ الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للميادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

المساسبية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات مسابقة ، اىخال للمسشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكول) : Y / N

Drugs (معاظى العقاظى) : Y / N

الملاحظااa

الفحص Examination

الصورا الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....







precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟	<input checked="" type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار <input checked="" type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديدة الاسمرار <input checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار <input checked="" type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا	لا / لا
هل تناولت عقار الاكيتان/ ايسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا	لا
هل استخدمت ريتين اي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدوكينون في منطقة العلاج؟	لا
هل قمت بتق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال ٦ اسابيع الماضية؟ نعم / لا	لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? No/ Did you use any tanning products? Yes / No	لا / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	لا
What products you are using for your skin recently? .....	لا
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	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 ... / ... / .....

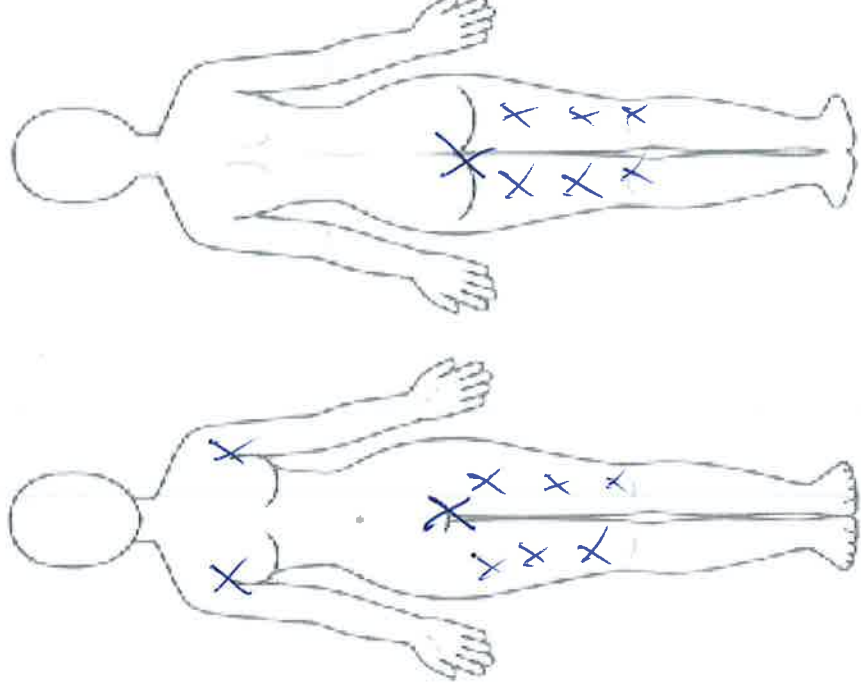
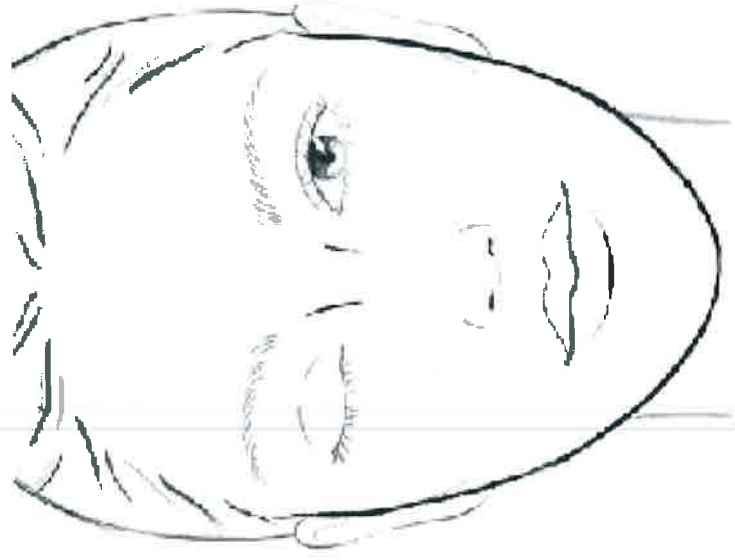
انا ..... اوافقك الطبي/ الشارحة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر. تفهم ان اشعة الليزر تنتج طبقا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الاصباغ الموجودة في بصيلات الشعر تعمل قدرتها على اتماء الشعر. تفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة وعمر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص لاج. و اني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لازالة الشعر كالحقن و التفت و الكريما و ازالة شعر بالشمع و الكي و اني اخترت ازالة الشعر بالليزر. يأتي قد تلتفت التعليمات التالية: - يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ اسابيع قبل وبعد العلاج. - يجب قادي ازالة الشعر بالشمع او التفت قبل العلاج ب ٦ اسابيع على الاقل. - لوشوم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تاتأ بالعلاج بالليزر. - يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة للاشخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الست اشهر الماضية او اي عقاقير تمنعهم من تعرض الشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر. - هم انه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات وصول على النتيجة المطلوبة. - أعراض الجانبية تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و شققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدمع في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة مسم و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس. أنه قد أتاحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الاسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و ت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و اني تجاوزت الثامنة عشر من عمري او حصلت ن موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

.....  
.....

تاريخ

١٢ / ٥ / ٢٠١٤

Patient's Name: ..... *F. thehad* ..... :اسم المريض  
 File Number: ..... :رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No .....  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
 Prefreatment photography taken? Yes / No .....



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	22/12/19					
Treatment Area	U.A + Bikini					
Hair Type	Upper legs					
Mode						
Fluence	Alex - 8J/ions					
Pulse Type	U.A - 147J/7ms					
CNT Pulse						
Passes	Bikini - 143/5ms					
Starting Time	7pm					
Finish Time						
Post Treatment	HIRUDOID					

Therapist Name and Signature .....

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

رقم الهوية / ID Number  
784-1976-0294105-2

الإسم: اتحاد فيصل محسن  
Name: Itihad Faisal Mohsen

الجنسية: الجمهورية العربية السورية  
Nationality: Syrian Arab Republic

