



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: / /

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

File Number: 1003657

Patient Name: Sonam J Mohle

اسم المريض: Sonam J Mohle

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 12/03/1982

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality (الجنسية): INDIAN

Occupation (الوظيفة): Housewife

Address (العنوان): Dhubai

Phone No. (رقم الهاتف): 0583743169

E-MAIL: dhobkesonam@gmail.com

How did you know about us: Instagram

| التاريخ الطبي<br>Medical History  | Yes/No<br>نعم / لا | If 'YES' give details<br>إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل |
|---|--------------------|---|
| الحالة الطبية<br>Medical Condition  |                    |   |
| Recent or current drugs/Medical Treatment<br>هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟   | N                  |   |
| Corticosteroids/Immunosuppressant<br>هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟   | N                  |   |
| Allergies<br>هل لديك أي حساسية؟   | N                  |   |
| Surgical Operations, Serious Illness<br>هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟   | N                  |   |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease<br>جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب | N                  |   |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants<br>هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟  | N                  |   |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)<br>انيميا (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)   | N                  |   |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other<br>امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى   | N                  |   |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease<br>هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟  | N                  |   |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems<br>هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟   | N                  |   |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases<br>التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى   | N                  |   |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other<br>قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟   | N                  |   |
| Epilepsy, or any other neurological disease<br>هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟  | N                  |   |
| Thyroid Diseases, Diabetes<br>هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟  | N                  |   |
| Other conditions<br>هل تعاني من أي امراض أخرى؟<br>HIV, HSV, etc...etc   | N                  |   |



### 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 أمورا 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 الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم أو الحساسية

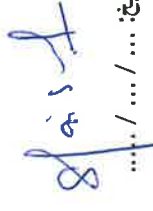
أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فحسي الملف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ينبغي سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقييم 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 (من هم دون السن القانونية):

  
التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

|                 |     |                          |    |                         |
|-----------------|-----|--------------------------|----|-------------------------|
| Weight (الوزن): | Kg  | Height (الطول):          | cm | Blood Type (نمى الدم):  |
| Pulse (النبض):  | ppm | Blood Pressure (دم ضغط): | /  | 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 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

.....



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            | Sonam,,,Jaiswal Dhoble | IDN:              | 784198218241507 | Mother Name:      |                         |
| Name (Ar)       | سونام جيسوال دھوبل     | Card Number:      | 086721185       | Mother Name (Ar): |                         |
| Title:          |                        | Nationality:      | IND             | Family ID:        |                         |
| Title(Ar):      |                        | Nationality (Ar): | الهند           |                   |                         |
| Issue Date:     | 14/12/2017             | Sex:              | F               | Sponsor Type:     | 03                      |
| Expiry Date:    | 09/12/2020             | Date of Birth:    | 12/03/1982      | Sponsor Name:     | بيسراو دھوبلی شائیلراجی |
| Marital Status: | 01                     | Husband IDN:      |                 | Sponsor Number:   | 0165240349              |
| Residency Type: | 03                     | Residency Number: | 20120173695267  | Residency Expiry: | 09/12/2020              |
| ID Type:        | IL                     | Occupation:       | 98              | Occupation Field: | 00                      |



Photo

Signature Image

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

12/26/2019

## أقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز Q-Switch Laser أقر أنا Sorani J Dhole بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

ليزر آل ■ التقشير الكروني باستخدام لوشن الكروني تبعه التقشير بالليزر هو أحد الإستراتيجيات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشوذ الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها المرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، احمرار الجلد، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تنتج الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات مع بعضهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وحسب مراجعة كل 3-6 اشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكرون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكرون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الإصافر (الوضع A)

. بير إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإبتصمام للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوتريتينوين (الأكويتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

. الأمراض الجلدية والإتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة باللايزر و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء (تكون الندوب الجلدية)

. التهاب.

أفهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة لن تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.


تقد تم الشرح لي عن الحاجة الى إنهاء خطة العلاج، و انا افهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي لليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج، وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

أفهم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب، افهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/الانتان، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

افهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي: احمرار مؤقت، تغيرات مشابهة لتغيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة ايام فقط، تغيرات صبغية (بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكّة، الم، كدمات، التهاب، ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج. وعلى ايضا ابقاء عينايا مغطاان اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فقل ومضاعفات التخدير.

تقد تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة، وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتني وقد وقمت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

اسم المريض/ولي امر المريض:  التاريخ: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_





مركز أوركيڤد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006727)

Date:26-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003657 - sonam 000 - 971585143169

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

By Cash 157.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 26-12-2019

Being 1 session carbon laser + 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 : 1003657 - sonam 000 - 971585143169

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)