



File No:

Date: / /

Date: ... / ... /

File Number: 1003673

Patient Name:

اسم المريض: محمد حسين عبد الجبار

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 5 / 1 / 1971 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): متزوج

Nationality (الجنسية): سورية

Occupation (الوظيفة): مستشار

Address (العنوان): ... الخلية (2) ...

Phone No. (رقم الهاتف): 058 2718363

E-MAIL: ...@icland.com

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History	Yes/No لا / نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
Medical Condition الحالة الطبية		
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سטרوريدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	نعم	عملية مصغرة
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، 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 الدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) ، لوكريميا	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، 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 تعانيين 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 من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط 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: .../.../.....

التاريخ: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- أفهم ان بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر لي في النص 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 انه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعمين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التحسينية المقدمة لي، كما أفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون محتملة بخصوصات الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية.
- أفهم ان هناك رسوم بأحد الأذني يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر ان كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدته لي نفسي للمك صحيحة و أفهم ان أي معلومات تتعلق بمآلتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.
- أقر ان لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكل اراضي.
- انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد
- توقيع المريض / ولي الأمر (من دون السن القانونية):

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg (مصية الدم) : Blood Type
Pulse (النبض): ppm (ضغط الدم) : / Blood Sugar (سكر الدم) :

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة , ابحال 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



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
28/12/2019	Hair loss from 2 months diet from 3 months			
	P: Miclorin cap - spray - ACM shampoo PRP + Biotin next α PPI: 29/1/2020			
	29/1/2020: PRP + Biotin next: 7/3			
	11/3/2020: PRP Hair			

د. وسام مروان Al Tabbaa
اختصاصي جلدية
Dermatology specialist
مركز أوركيد الطبي
MOH License No.: 1525
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان Al Tabbaa
اختصاصي جلدية
Dermatology Specialist
مركز أوركيد الطبي
MOH License No.: 1525
Orchid Medical Centre

د. وسام مروان Al Tabbaa
اختصاصي جلدية
Dermatology Specialist
مركز أوركيد الطبي
MOH License No.: 1525
Orchid Medical Centre

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



Name: Maja Abdumajid Hussein
الاسم: ماجد عبدالمجید حسين
Nationality: Syrian Arab Republic
الجنسية: الجمهورية السورية

ID Number / رقم الهوية: 784-1995-7608594-0



PRP Treatment Consent Form

Description of Treatment

This treatment involves the collection of your blood (approximately 11 - 22 ml), then your blood is spun down using a centrifuge to separate out the plasma and platelet portion using the separator gel' as a special filter. The PRP portion of your blood is then used at the point of care to re-energize your cells into rejuvenating themselves. The product is 100% your own blood by-product (autologous). If you have any questions please do not hesitate to ask your physician or nurse.

Side Effects

you will likely experience mild to moderate swelling of the treated area, this will last for about 12- 24 hours; ice or cold compresses can be applied to reduce swelling if required. You may notice a tingling sensation while the cells are being activated. In rare cases skin infection may occur, which is easily treated with an anti-biotic.

Contraindications

You should not have PRP treatment done if you have any of the following conditions: Skin conditions and diseases including: Facial cancer, existing or uncured. This includes SCC, BCC and melanoma, systemic cancer, chemotherapy, steroid therapy, dermatological diseases affecting the face (i.e. Psoriasis), Blood disorders and platelet abnormalities, Anticoagulation therapy (i.e.: Warfarin) Platelet dysfunction syndrome, critical thrombocytopenia, hypofibrinogenaemia, haemodynamic instability, sepsis, chronic liver disease, Hepatitis or any acute or chronic infections. Aspirin, Anti-inflammatory such as Nurofen, Voltaren, Diclofenac, or Naproxen etc.? St Johns Wort, Garlic, Are you currently taking, or have you recently taken (within 14 days) Vitamin E, or Fish Oil supplements that could have a thinning effect on your blood.

In case of presence of any previously mentioned contraindications please mention it here

Or Ask the doctor if you are not sure or you have any questions.

Patient's Name and Signature:

اسم المريض / التوقيع

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

التاريخ: ... / ... / ...

وصف العلاج

يتضمن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية لخذ عينه من دم المريض تسوي

تقريبا (١١ - ٢٢) مل.

ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام

سائل فاصل التفتيح بشكل خاص.

ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و إعادة

الحيوية لها.

هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض.

إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي

المركز.

الأعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم اللطيف الذي ينتسب الى التورم في منطقة المعالجة و قد يستمر هذا التورم

من (١٢-٢٤) ساعة ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة التورمة إذا تطلب

الأمر. من الممكن ان تشعر ببعض الخوخ الخفيف بينما يتم تشييط الخلايا. نادرا ما يصاحب

العلاج التهاب في الجف و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام الكمادات الباردة.

موانع العلاج

لا يجب ان تتلقى العلاج باستخدام البلازما الذي بالصفائح الدموية في الحالات التالية:

- الأمراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخلايا

المرشحة و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغرى و السرطان

الجهازى و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الأمراض الجلدية التي تصيب

الوجه (مثال البروفيرا) , أمراض الدم و الخلل في الصفائح الدموية. علاج مثير للدم

(مثال الوارفارين)

- حلازمة حثل الصفائح الدموية. نقص الحديد في عدد الصفائح الدموية. نقص في

فيريتين الدم. عدم استقرار تدفق الدم. حالات التعفن الدموي, أمراض الكبد المزمنة,

- التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.

- تناول الأسبرين و مضادات الالتهاب كالنيروفين و البارون و الستيرويدات و

التاريخيين, أو مستحضرات التجميل أو إذا كنت تتناول حاليا (خلال الأربعة عشر يوما

الماضية) كمادات غشائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي الى ترقق الدم.

في حالة وجود أحد موانع العلاج التي سبق تحريها يرجى كتابة ذلك هنا

I understand that due to the natural variation in quality of Platelet rich plasma, results will vary between individuals. I understand that although I may see a change after my first treatment; I may require a series of up to 6 sessions to obtain my desired outcome. The procedure and side effects has been explained to me including alternative methods; as have the advantages and disadvantages. I am advised that though good results are expected, the possibility and nature of complications cannot be accurately anticipated and that, therefore, there can be no guarantee as expressed or implied either as to the success or other result of the treatment. I am aware that the PRP treatment is not permanent as natural degradation will occur over time.

I authorize Dr.
from Orchid Medical Center, perform the injection of PRP (Platelet Rich Plasma) for rejuvenation. This consent form will be valid for up to 6 applications of PRP, after which time I may be asked to compete a new form. I state that I have read (or it has been read to me) and I understand this consent and I understand the information contained in it. I have had the opportunity to ask any questions about the treatment including risks or alternatives and acknowledge that all my questions about the procedure have been answered in a satisfactory manner and that all blanks were filled in prior to my signature and I had the right to refuse the treatment. **THIS CONSENT FORM IS VALID UNTIL ALL OR PART IS REVOKED BY ME IN WRITING.** When completing the medical questionnaire, I have answered the personal medical history questions fully and to the best of my ability.

Patient's Name and Signature:

اسم المريض / التوقيع

Date: / /

التاريخ: / /

أفهم أن نتائج هذا العلاج قد تتفاوت من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية.

وأفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من بعد جلسة العلاج الأولى قد احتاج حتى ٦ جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

أقر بأن هذا الإجراء الطبي وآثاره الجانبية و بديائله المحكّة و منافعه و مضاره قد شُرح لي بشكل كامل.

و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المضاعفات و طبيعتها بدقة. وبالتالي، لا توجد أي ضمانات واضحة أو ضمنية لنجاح هذا العلاج أو أي نتائج أخرى.

أدرك أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجاً دائماً لأن التراجع الطبيعي سيحدث مع الوقت.

أفوض الدكتور

من مركز أوركيد الطبي بإقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لأعادة النضارة. وأن هذا الإقرار و التفويض سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قادمة.

و أنني قد احتاج لتوقيع إقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الإقرار بالكامل (أو قد تمت قراءته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و لذي قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الاخطار و الاعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له.

و أن جميع أسئلتي قد أجيب بشكل كامل و وافي و أن جميع الاجابات التي ضمنتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملأها قبل توقيعني أدناه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

ان هذا الإقرار صالح بالكامل حتى أغيه كاملاً أو جزئياً و بخط اليد.

أقر أنني قد ملأت استمارة الاستشارة الطبية و شُرحت تاريخي الطبي بشكل كامل و بكامل ارتدتي.



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,205.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006770

Date: 28-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003673 - MAJD 000 - 971582718363

The sum of Dhs. Two Thousand Two Hundred Five Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,205.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Cheque No.

Date:

Being ADVANCE FOR 3 SESSIONS PRP WITH BIOTIN + 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

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,205.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008107)

Date:11-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003673 - MAJD 000 - 971582718363

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 2,205.00

Bank: Cheque No.

Date: 11-03-2020

Being first session at 28/12/2019 second session at 29/01/2020 third session at 11/03/2020 all with 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 : 1003673 - MAJD 000 - 971582718363

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