



File No:

Date: 28 / 12 / 19

Date: ... / ... /

File Number: 1003676

Patient Name:

إسم المريض: مصطفى محمد كيب البراكيني

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... /

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) M / (F)

Nationality (الجنسية):

الجنسية: مصري

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 050 777 6466

E-MAIL: Safaa.tayab@hotmail.com

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
المرض الطبي Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	✓	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	X	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	✓	حبوب أليفين
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	✓	صعولة
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؟	✓	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)		
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	✓	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	X	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	X	
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؟	✓	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	X	
Other conditions فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط 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: ... / ... /

التاريخ: 2020 / 12 / 19

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمع الطبيب بمعالجة 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 النص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفرض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعمليات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو القزيم أو النزيف أو الألم أو الحساسية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالأحد 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 قمدي الملف صحيحة. و أتفهم أن أي معلومات تتناقض بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفصاح عليها دون مراقبتي.
- أقر أن 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 بكمال ارادتي

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

توقيع المريض / ولي الأمر (لمن هم دون السن القانونية):

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg Height (الطول): cm Blood Type (دم فصيلة الدم):
Pulse (النبض): ppm Blood Pressure (دم ضغط الدم): / Blood Sugar (دم سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

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	<p>hair loss Hair brock after Keratin Ave - 1.5 month she has taken micaliorin + Biotin Plan: PRP Hair + Biotin</p>			
31/1/2020	<p>PRP + Biotin next app: 1/2 P. Micaliorin + PRICOT Batsa - Al Racon ICD under arms</p>			
9/2/2020	<p>PRP + Biotin next: 9/3: PRP PRP + Biotin</p>			

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatologist
MCH License No.: V126
Orchid Medical Centre

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatologist
MCH License No.: V126
Orchid Medical Centre

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatologist
MCH License No.: V126
Orchid Medical Centre

Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa
Dermatologist
MCH License No.: V126
Orchid Medical Centre

Car

United Arab Emirates
Ministry of Interior
SHARJAH POLICE

دولة الامارات العربية المتحدة
وزارة الداخلية
شرطة الشارقة

رخصة قيادة
DRIVING LICENSE

No. 179128
الرقم: 179128

Name: SAFAA RAGAB ABDEL RAZEK ISMAIL
الاسم: صفاء رجب عبدالرازق اسماعيل

Date of Birth: 07-11-1970
تاريخ الميلاد: 1970/11/07

Nationality: EGYPT
الجنسية: مصري

Profession: ربة بيت
المهنة: ربة بيت

Issue Date: 20/09/1998
تاريخ الاصدار: 1998/09/20

Expiry Date: 01/07/2019
تاريخ الانتهاء: 2019/07/01

مخطة الترخيص Licensing Authority

PRP Treatment Consent Form الموافقة بالصفايح الدموية بالبلازما الغنية بالصفايح الدموية لأخذ عينة من دم المريض تساوي

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.

وصف العلاج

يقصن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفايح الدموية لأخذ عينة من دم المريض تساوي تقريباً (١١ - ٢٢) مل.
ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفايح باستخدام سائل فاصل التفتيح بشكل خاص.
ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفايح الدموية في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و إعادة النضارة 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.

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.

الاعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الخفيف الي المتوسط في المنطقة المعالجة. و قد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة. ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة المتورمة إذا تطلب الأمر. من الممكن أن تشعر ببعض الوخز الخفيف بينما يتم تنشيط الخلايا. نادراً ما يصاحب العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضاد الحيوي.

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. Porphyria), 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 presance of any previously mentioned contraindications please mention it here

موانع العلاج

لا يجب أن تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفايح الدموية في الحالات التالية:
- الأمراض الجلدية التي تتضمن سوطانات الوجه غير المعالجة كسوطانات الخلايا المرشحة و سوطانات الخلايا القاعدية و سوطانات الخلايا المسجية و السرطان الجهازى و العلاج الكيماوى و العلاج بالاستيرويدات و الأمراض الجلدية التي تصيب الوجه (مثل: البروفيرا)، أمراض الدم و الخلل في الصفايح الدموية، علاج تفتت الدم (مثل: الوارفارين)
- متلازمة خلل الصفايح الدموية، نقص الحديد في عد الصفايح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار ضغط الدم، حالات التفتت الدموي، أمراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائى أو أي التهابات مزمنة أو حادة.
- تناول الأسبرين و مضادات الالتهاب كالتيفرين و الفولارين و النيكوتينيك و التابروكسين. أو مستحضرات التجميل. أو إذا كنت تتناول حالياً (خلال الأربعة عشر يوماً للخصب) مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي إلى ترقق الدم. في حالة وجود اسم سوانع العلاج الذي سبق ذكرها يرجى مذكرته في هذا

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

و إذا لم تكن متأكداً أو كانت لديك أي استفسارات اسأل الطبيب المختص،

Patient's Name and Signature:

اسم المريض / التوقيع

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

التاريخ: ... / ... / ...

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 complete 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:

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

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 أحتاج حتى ٦ جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

أقر بأن هذا الإجراء الطبي وإثاره الجانبية وبيدائه المكثف و متاعفه و مضاره قد شرحت لي بشكل كامل.
و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المخاضات و طبيعتها بدقة و بالتالي، لا توجد أي ضمانات واضحة أو ضمنية لنجاح هذا العلاج أو أي نتائج أخرى.
أترك أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجاً دائماً لأن التراجع الطبيعي سوف يحدث مع الوقت.

أفرض الدكتور.....
من مركز أوركيد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لإعادة التضارفة، و أن هذا الإقرار و التوقيع سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قادمة.
و أنني قد أحتاج لتوقيع اقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الإقرار بالكامل (أو قد تمت قرأته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.
وإذني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الاخطار و الامراض 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 ملؤها قبل توقيعني أناناه 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 الاسئلة الطبية و شرحت تاريخي الطبي بشكل كامل و بكامل ارايستي.

اسم المريض / التوقيع

التاريخ: ... / ... / ...



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-006774

RECEIPT VOUCHER

Date: 28-12-2019

AED 1,800.00

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003676 - SAFAA 00. - 971507776461

The sum of Dhs. One Thousand Eight Hundred Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,800.00 (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 BALANCE 185

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 735.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006964)

Date:08-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003676 - SAFAA 00. - 971507776461**

The sum of Dhs. **Seven Hundred Thirty-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 **735.00**

Bank: Cheque No.

Date: **08-01-2020**

Being **PRP WITH BIOTIN + 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 : **1003676 - SAFAA 00. - 971507776461**

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

2/5/2020

ClinicSoft - Receipt Voucher



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007490)

Date:05-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003676 - SAFAA 00. - 971507776461**

The sum of Dhs. **Seven Hundred Thirty-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 **735.00**

Bank: Cheque No.

Date: **05-02-2020**

Being **1 SESSION PRP + BIOTIN**

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 : **1003676 - SAFAA 00. - 971507776461**

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

www.omc1.ae



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 330.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008238)

Date:21-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003676 - SAFAA 00. - 971507776461

The sum of Dhs. Three Hundred Thirty 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 330.00

Bank: Cheque No.

Date: 21-03-2020

Being PRP WITH BIOTIN + 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 : 1003676 - SAFAA 00. - 971507776461

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

Full Package
1985
21/03/2020
Sagasson



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 183.45

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008239)

Date:21-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003676 - SAFAA 00. - 971507776461**The sum of Dhs. **One Hundred Eighty-Three Dirhams and Forty-Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **183.45**

Bank: Cheque No.

Date: **21-03-2020**

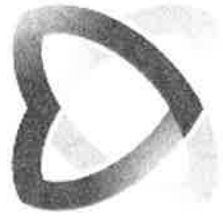
Being

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 : **1003676 - SAFAA 00. - 971507776461**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 185.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008230

Date: 21-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003676 - SAFAA 00. - 971507776461

The sum of Dhs. **One Hundred Eighty Five Only**By Cash **185.00** / 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 3 SESSIONS PRP + 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

No: REC-008236

RECEIPT VOUCHER

AED 400.00

Date: 21-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003676 - SAFAA 00. - 971507776461**The sum of Dhs. **Four Hundred Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **400.00 (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 + BIOTIN + VAT BALANCE 1585**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

Advance 1585
for 3 sessions
1985
21/03/2020