



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إنسلاوة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

File No:

Date: 21/12/2020

Date: 21/12/2020

File Number: 1003698

Patient Name: Hinael Khadeel Nasir

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 28/7/1999

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Amerece

Occupation (الوظيفة):

Sherehna

Address (العنوان): Sheerjash

Phone No. (رقم الهاتف): 050 7364378

E-MAIL: Hinael.khadeel.nasser@khemail.com How did you know about us: Friend

التاريخ الطبي	
المرض الطبي	Medical Condition
هل تعاطى أي أدوية أو علاجات حديثة؟	Recent or current drugs/Medical Treatment
No	No
هل تعاطى أي سترويدات أو مضادات المناعة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant
No	No
هل لديك أي حساسية؟	Allergies
No	No
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	Surgical Operations, Serious Illness
No	No
جراحة قلب، حصي روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease
No	No
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants
No	No
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	
No	No
انيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia
No	No
أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السعال، أمراض أخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other
No	No
هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease
No	No
هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems
No	No
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases
No	No
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	
No	No
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other
No	No
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	
No	No
Epilepsy, or any other neurological disease	Epilepsy, or any other neurological disease
No	No
هل تعاطى من أمراض في الجهاز العصبي؟	
No	No
Thyroid Diseases, Diabetes	Thyroid Diseases, Diabetes
No	No
هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	
No	No
Other conditions من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV... etc فيروس الحلا البسيط	Other conditions من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV... etc فيروس الحلا البسيط
No	No



مركز أوركيد الطبي ORCHID MEDICAL CENTER

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

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: 02 / 01 / 20...

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و موافقاً،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاجتافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يختلف 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 يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتابع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقامة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو النزف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و ان جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر ان كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي تفصي الملف صححة، و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا 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 وقت 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
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 , احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (تدخين الكحول): Y / N

Drugs (تدخين 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

.....

United Arab Emirates
Identity Card

دولة الإمارات العربية المتحدة
بطاقة هوية

رقم الهوية / ID Number
784-1399-1461506-9

الإسم: هند حناك ناصر عبدالله المزومي

Name: Hind Khalid Nasir Abdalla
Almazani

الجنسية: الإمارات العربية المتحدة
Nationality: United Arab Emirates





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

Evaluation and consent Form for Laser Hair Removal Treatment السجارة تقييم و اقرار ل إزالة الشعر بالليزر

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة 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 type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عميما الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input checked="" 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 ؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا البسيط أو بقر أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الاكوتان/ الايسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquanon on Site? Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكويونين في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتق أو إزالة الشعر بالمنطقة في منطفة العلاج خلال ال 6 اسابيع الماضية؟ نعم / 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 تشمير؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تشمير البشرة؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?..	هل تم تطبيقك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	ماهي النتائج التي ستخدمها لبشرتك حاليا؟
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	السيارات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا
	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

I, Amal 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, sent 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 02/01/2020

انا Amal بقرموي الى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر.

أفهم ان أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصه في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إساءه الشعر.

أفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع شعر و الزمان المرضي بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص لاجت و اتي على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالنق و الكريمات و ازالة شعر بالشمع و الكلي و اتي اخترت ازالة الشعر بالليزر.

أفهم اني قد تلقيت التعليمات التالية:

- ? يسمح بالتشمير أو استخدام مستحضرات التشمير لمدة 4-6 اسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تفادي ازالة الشعر بالشمع أو التفت في منطقة العلاج ب 6 اسابيع على الاقل.
- لوشوم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالمعالج بالليزر.
- يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسيه و نوع البشرة
- للأشخاص الذين تناولوا عقار الاكوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تتعهم من تعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.

أفهم انه برغم التغيير الذي قد الحطه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات حصول على النتيجة المطلوبة.

أفهم اني قد تلقيت التعليمات الواقيّة من الشمس.

تضمن الاعراض الجانبية احمراز البشرة بما يقبها الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و ثقبات و هذه الاعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص زيادة الصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و يسمح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقيّة من الشمس.

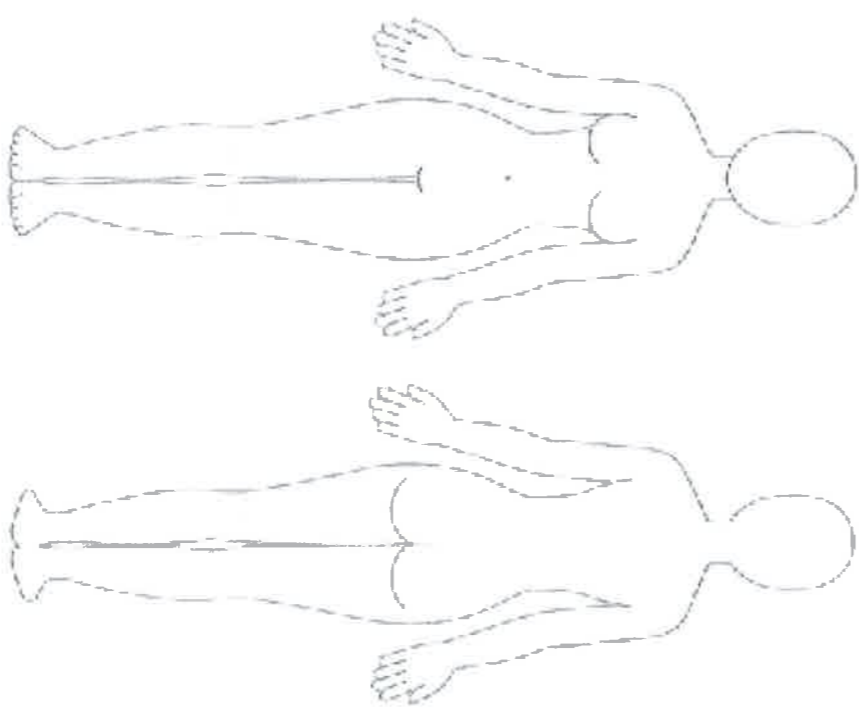
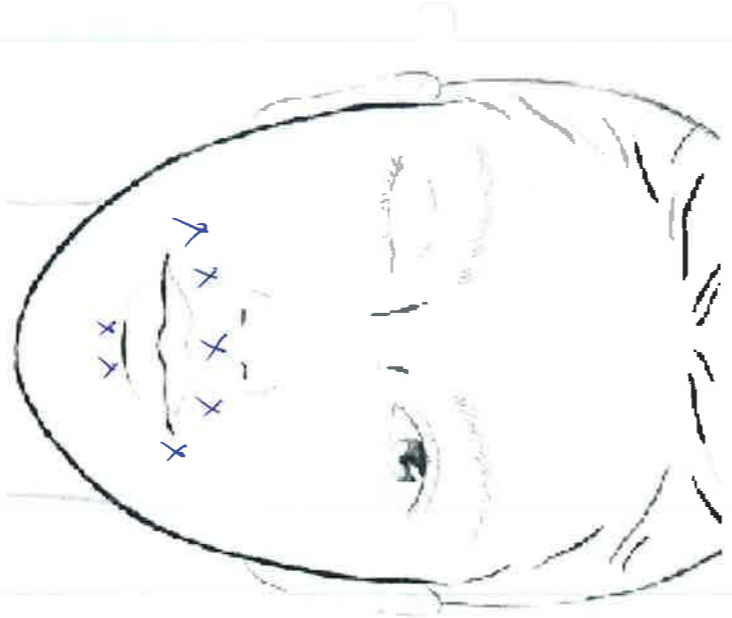
انه قد أتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و اتي قد قرأت و ات محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و اتي تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت ن موافقة ولي أمرى في حال عدم بلغي السن القانوني.

سم و التوقيع

رغ

..... / ... /

Patient's Name: *Hind Khalid*
 File Number: رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



Session 1 Session 2 Session 3 Session 4 Session 5 Session 6

Treatment Date: *22/10/2020*
 Treatment Area: *U.L.*
 Hair Type: *Med / Dark*
 Mode:
 Fluence: *NDYAG: 16.*
 Pulse Type:
 QNT Pulse: *187/13ms*
 Passes:
 Starting Time: *3pm*
 Finish Time:
 Post Treatment: *HIRUDOID*

1/2/2020

ClinicSoft - Receipt Voucher



مركز الجوري
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006848)

Date:02-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003698 - HIND NASIR - 971526338270**

The sum of Dhs. **Fifty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **52.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **02-01-2020**

Being **UPPER LIP + 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 : **1003698 - HIND NASIR - 971526338270**

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

www.omc1.ae