



File No: .....

Date: 9/1/2020

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

File Number: 1003744

Patient Name: Rawsham Saleem Alward

إسم المريض:

Date Of Birth: 14/08/1991 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): S.Y.K. Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Sharfa Al Taawun

Phone No. (رقم الهاتف): 0566627777

E-MAIL: Rawsham.alward@yahoo.com How did you know about us: .....

التاريخ الطبي	Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
الحالة الطبية <td>Medical Condition</td> <td></td> <td></td>	Medical Condition		
هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	Recent or current drugs/Medical Treatment	✓	
هل تعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant	✓	
هل لديك أي حساسية؟	Allergies	✓	دع بلحمه بسبب الفطر
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	Surgical Operations, Serious Illness		
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease	✓	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات الدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants	✓	
أنيميا (فقر الدم)، لو كيميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia	✓	
أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other	✓	
هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease	✓	
هل أنت حامل؟ هل تعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems	✓	
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases	✓	القولون العصبي
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other		
هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease	✓	
هل تعاطى من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes	✓	
هل تعاطى من أي أمراض أخرى؟ فيروس الحلا البسيط etc HIV, HSV...	Other conditions HSV, HIV...etc	✓	



### 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: 7 / 1 / 2019

### 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 محسوبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

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

أتفهم أن هناك رسوم بالمعد 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 قدمته لدى فتحني الملف صحيحة و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

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 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

Vital Signs المؤشرات الحيوية

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

United Arab Emirates  
رئاسة الإمارات العربية المتحدة  
Driving License  
رقم الرخصة

83586199

Place of Issue: DUBAI

Expiry Date	21-07-2026
Issue Date	21-07-2016
Date of Birth	14-06-1991

Nationality: Syria

Name: Rowshan Salem Alasad

License No. 83586199

020030104100





ID: \_\_\_\_\_ Height: 182cm Age: 29 Gender: Male Test Date / Time: 07.01.2020 17:02

## Body Composition Analysis

Total amount of water in my body	<b>Total Body Water</b> (L)	47.0 ( 41.0~50.0 )
What I need to build muscles	<b>Protein</b> (kg)	12.6 ( 11.0~13.4 )
What I need for strong bones	<b>Mineral</b> (kg)	4.57 ( 3.79~4.63 )
Where my excess energy is stored	<b>Body Fat Mass</b> (kg)	10.6 ( 8.8~17.5 )
Sum of the above	<b>Weight</b> (kg)	74.8 ( 62.0~83.8 )

**InBody Score** \_\_\_\_\_

**82/100** Points

\* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

### Weight Control

Target Weight 74.8 kg  
 Weight Control 0.0 kg  
 Fat Control 0.0 kg  
 Muscle Control 0.0 kg

### Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over  
 PBF  Normal  Slightly Over  Over

### Waist-Hip Ratio

0.80

### Visceral Fat Level

Level 4

### Research Parameters

Fat Free Mass 64.2 kg  
 Basal Metabolic Rate 1757 kcal ( 1606~1881 )  
 Obesity Degree 103% ( 90~110 )  
 Recommended calorie intake 2797 kcal

### Calorie Expenditure of Exercise

Golf	132	Gateball	142
Walking	150	Yoga	150
Badminton	169	Table Tennis	169
Tennis	224	Bicycling	224
Boxing	224	Basketball	224
Mountain Climbing	244	Jumping Rope	262
Aerobics	262	Jogging	262
Soccer	262	Swimming	262
Japanese Fencing	374	Racketball	374
Squash	374	Taekwondo	374

\* Based on your current weight  
 \* Based on 30 minute duration

### Impedance

Z(Ω) 20 kHz | 331.9 331.2 20.8 246.3 251.7  
 100 kHz | 296.5 296.5 17.6 217.9 223.0

RA LA TR RL LL

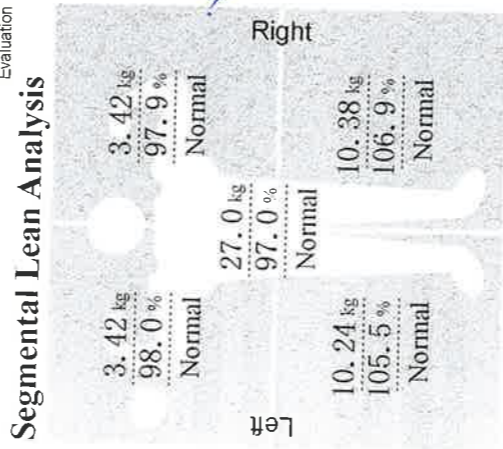
## Muscle-Fat Analysis

	Under	Normal	Over
<b>Weight</b> (kg)	55	70 85 100 115 130 145 160 175 190 205 %	
<b>BMI</b> (kg/m <sup>2</sup> )	16.0	15.0 18.5 22.0 25.0 30.0 35.0 40.0 45.0 50.0 55.0	
<b>PBF</b> Percent Body Fat (%)	0.0	5.0 10.0 15.0 20.0 25.0 30.0 35.0 40.0 45.0 50.0	
<b>Body Fat Mass</b> (kg)	40	60 80 100 120 140 160 180 200 220 240 260 280 300 320 340 360 380 400 420 440 460 480 500 %	

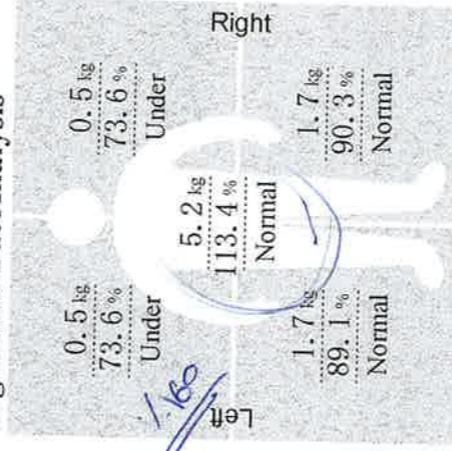
## Obesity Analysis

	Under	Normal	Over
<b>BMI</b> Body Mass Index (kg/m <sup>2</sup> )	16.0	15.0 18.5 22.0 25.0 30.0 35.0 40.0 45.0 50.0 55.0	
<b>PBF</b> Percent Body Fat (%)	0.0	5.0 10.0 15.0 20.0 25.0 30.0 35.0 40.0 45.0 50.0	

### Segmental Lean Analysis



### Segmental Fat Analysis



\* Segmental fat is estimated.

## Body Composition History

	Weight (kg)	74.8							
<b>SMM</b> Skeletal Muscle Mass (kg)	36.2								
<b>PBF</b> Percent Body Fat (%)	14.2								
<input checked="" type="checkbox"/> Recent <input type="checkbox"/> Total	07.01.20 17:02								



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-006945)

Date: 07-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003744 - RASHWAN 00. - 971565627272

The sum of Dhs. **One Thousand Five Hundred Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,575.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Date: 07-01-2020

Cheque No.

Being **DIETITIAN 5 KG PACKAGE FOR 5 SESSIONS**

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 : 1003744 - RASHWAN 00. - 971565627272

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

# InBody

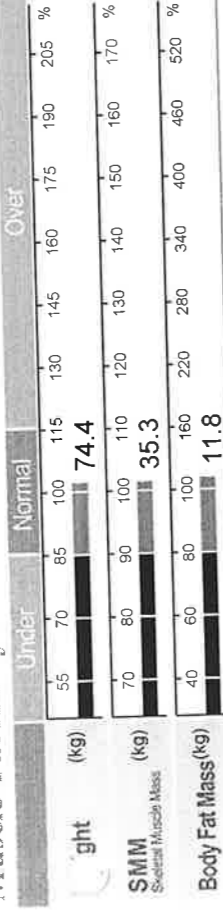
(Rawshan)

ID 200114-4 | Height 182cm | Age 28 | Gender Male | Test Date / Time 14.01.2020. 15:05

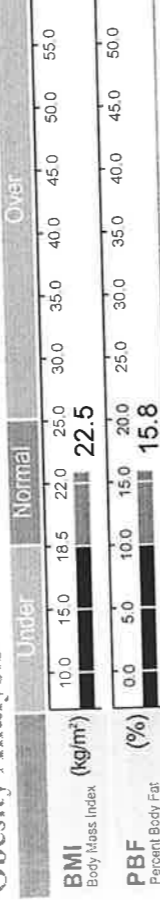
## Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	45.8 ( 41.0~50.0 )
For building muscles	Protein (kg)	12.4 ( 11.0~13.4 )
For strengthening bones	Minerals (kg)	4.35 ( 3.79~4.63 )
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	11.8 ( 8.8~17.5 )
Sum of the above	Weight (kg)	74.4 ( 62.0~83.8 )

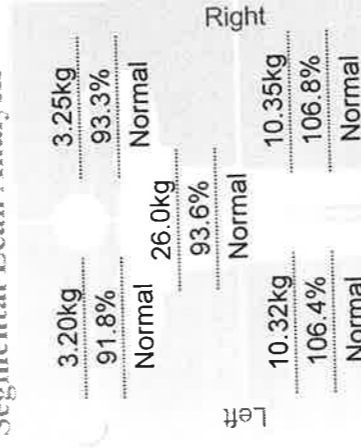
## Muscle-Fat Analysis



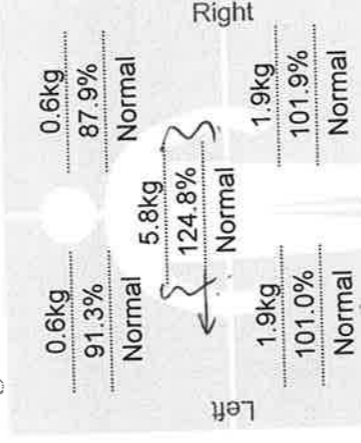
## Obesity Analysis



## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## Body Composition History

Weight (kg)	74.4
SMM (kg)	35.3
PBF (%)	15.8

## InBody Score

80 / 100 Points

\* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

## Weight Control

Target Weight 73.7 kg  
 Weight Control -0.7 kg  
 Fat Control -0.7 kg  
 Muscle Control 0.0 kg

## Obesity Evaluation

BMI  Normal  Under  Slightly Over  Over  
 PBF  Normal  Slightly Over  Over

## Waist-Hip Ratio

0.80

## Visceral Fat Level

Level 4

## Research Parameters

Fat Free Mass 62.6 kg  
 Basal Metabolic Rate 1723 kcal  
 Obesity Degree 102 % ( 90~110 )  
 Recommended calorie intake 2799 kcal

## Calorie Expenditure of Exercise

Golf	131	Gateball	141
Walking	149	Yoga	149
Badminton	168	Table Tennis	168
Tennis	223	Bicycling	223
Boxing	223	Basketball	223
Hiking	243	Jumping Rope	260
Aerobics	260	Jogging	260
Soccer	260	Swimming	260
Japanese Fencing	372	Racketball	372
Squash	372	Taekwondo	372

\* Based on your current weight  
 \* Based on 30 minute duration

## Impedance

RA LA TR RL LL  
 Z(Ω) 20 kHz| 343.9 349.9 22.3 248.0 247.1  
 100 kHz| 307.2 313.6 18.8 219.0 219.5





بنك دبي الإسلامي  
Dubai Islamic Bank

SAHARA BRANCH

مخرج صفحا ربي

Date 01/04/2020

أظهر بموجب هذا الشيك لأمر  
أو تحاليله

Pay against this cheque to the order of  
or the Bearer

Orchid Medical Center

Dirhams One Thousand Four Hundred # 1400/-

Only

RASHWAN SALEM ALASAAD  
A/C # 067-520-1727015-01

Account No.

Cheque No.

التوقيع  
Do not write below this space

Rashwan

١٠٠٠٠٠ ٢٤٣٠ ٦٦ ٥٠٠ ٦٦ ٢٢٧٠ ٦٥٠



بنك دبي الإسلامي  
Dubai Islamic Bank

SAHARA BRANCH

مخرج صفحا ربي

Date 01/03/2020

أظهر بموجب هذا الشيك لأمر  
أو تحاليله

Pay against this cheque to the order of  
or the Bearer

Orchid Medical Center

Dirhams One Thousand Four Hundred # 1435/-

Thirty Five Only

RASHWAN SALEM ALASAAD  
A/C # 067-520-1727015-01

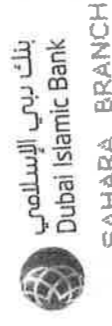
Account No.

Cheque No.

التوقيع  
Do not write below this space

Rashwan

١٠٠٠٠٠ ٥٠٢٤٣٠ ٦٦ ٥٠٠ ٦٦ ٢٢٧٠ ٦٥٠



بنك دبي الإسلامي  
Dubai Islamic Bank  
SAHARA BRANCH

هشرون مائة درهم فقط

Date 01/03/2020  
أشهر بموجب هذا الشيك لأمر  
أو تحاليله

Pay against this cheque to the order of  
or the Bearer  
Orchid Medical Center  
# 1435  
Dirhams  
Thirty Five Only  
RASHWAN SALEM ALASAAD  
A/C # 067-520-1727015-01

التوقيع  
Signature Rowan  
Do not write below this space  
لا تكتبوا في هذا المكان

Account No.

٥٠ ٢٤ ٣٠ ٦ ٠ ١ ٠ ١ ٠ ٦ ٢ ٧ ٠ ٦ ٥ ٠



بنك دبي الإسلامي  
Dubai Islamic Bank  
SAHARA BRANCH

أشهر بموجب هذا الشيك لأمر  
أو تحاليله

Date 01/04/2020  
أشهر بموجب هذا الشيك لأمر  
أو تحاليله

Pay against this cheque to the order of  
or the Bearer  
Orchid Medical Center  
# 1400/-  
Dirhams  
Only  
RASHWAN SALEM ALASAAD  
A/C # 067-520-1727015-01

التوقيع  
Signature Rowan  
Do not write below this space  
لا تكتبوا في هذا المكان

Account No.

٥٠ ٢٤ ٣٠ ٦ ٠ ١ ٠ ١ ٠ ٦ ٢ ٧ ٠ ٦ ٥ ٠

United Arab Emirates  
بوزارة الإمارات العربية المتحدة

بطاقة هوية مقبولة

Resident Identity Card

ID Number / رقم الهوية 784-1991-2132032-1

الإسم: روضي سالم الأسمري

Name: Rawshan Salem Alasad  
Nationality: Syrian Arab Republic  
الجنسية: الجمهورية السورية







مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 8,032.50

**RECEIPT VOUCHER**

No: REC-007214

Date: 23-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003744 - RASHWAN 00. - 971565627272

The sum of Dhs. Eight Thousand and Hundred Thirty Two and Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 8,032.50 (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 MESO +1 SUPER FACIAL + 4 CARBON + 6 SESSIONS LASER BKG 500 + 20 THOOTH 3D

Vte

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](http://www.omc1.ae)

notice!  
we take Droponly  
we should paid 35.75



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 5,197.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007348)

Date:30-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003744 - RASHWAN 00. - 971565627272**

The sum of Dhs. **Five Thousand One Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **5,197.50**

Bank: Cheque No.

Date: 30-01-2020

Being **3 D VENEERS+ VAT 10 % DISCOUNT REST PAID BY 2 CHQ DATED ON 1-3-2020 AMT 1435/1-4-2020 AMT 1400**

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 : **1003744 - RASHWAN 00. - 971565627272**

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





مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007349)

Date:30-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003744 - RASHWAN 00. - 971565627272**

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 30-01-2020

Being **CARBON LASER + 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 : **1003744 - RASHWAN 00. - 971565627272**

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

جهاز Q-Switch أقر أنا مهند محمد بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لاجراء العلاج باستخدام

ليزر ال ■ التقشير الكربوني باستخدام لوشن الكربون يتبعه التقشير بالليزر هو احد الإستجابات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشوذ الصبغي (بقع الصراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إحصار الجلد، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت، بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معصمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وحلقات مراجعة كل 3-6 اشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكربون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكربون 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 الأضافر(الوضع A)

. بير إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكروتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

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

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإيدز و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

. التهاب.

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

لقد تم الشرح لي عن الحبة الي انهاء خطة العلاج، و انا افهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الي استجابتي للليزر 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/الانتانم، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الي فترة شفاء.

أفهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : إحصار مؤقت، تغيرات مشابهة لتغيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الي عدة أيام فقط، تغيرات صبغية ( بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او إحصار مزمن قد يمتد من شهر الي ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكاً، ألم،كدمات،التهاب،خوب او انتقال.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج . و علي ايضا ابقاء عيناك مغطتان أثناء العلاج. اقر ان المصدر الموضوعي مطلوب مما قد يسبب برودة قبل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامل فائدة ومضاعفاته المحتملة، وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتى وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التوقيع:

التاريخ:

اسم المريض/ولي امر المريض:

PATIENT NAME: *Rasheha*

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT BALANCE Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa	SIGNATURE
01/20	Endymed 1 session abdomen [ 20 min - fat reduction by 20 min tightening ]	اخصائي جراحة Dermatology specialist MOH License No.: 4836 Orchid Medical Centre	<i>R</i>
16/01/20	Endymed 2nd Session done.		
023/01/20	Endymed 3rd Session done.		
30.01.020	Carbon laser		
09/02/20	Endymed session 4th (75 passes)		<i>R</i>
6/2/20	Endymed session 5th (75 passes)		<i>R</i>
9/2/20	hHR Beccol + abeck + above eye brow		<i>R</i>
9/2/20	hHR Beccol + Neck + eye brow		<i>R</i>
20.02.20	Carbon laser		
9/03/2020	Meso for a Derma pen (Cival)		<i>R</i>
21/03/20	hHR Beccol + Neck	اخصائي جراحة Dermatology specialist MOH License No.: 4836 Orchid Medical Centre	<i>R</i>
13.04.020	Carbon laser		<i>R</i>
25-06-20	with beard freckle		<i>R</i>

يرجى الإجابة 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 , قليلا الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلا الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات نوب أو جدره؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonime in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الاكوتان/اليسوتريتونين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydrocuenon on Site?Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجايكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? .....	هل كنت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?.....	ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حاليا؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / 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

*Rawsanah Rawshan*

Date

9/2/2020

الإسم و التوقيع

التاريخ

أقر أنا ..... بالتوقيع على التعليمات التالية:  
مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.  
وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إنهاء الشعر. وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكلي و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

ي قد تلقيت التعليمات التالية:

- يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفك قبل العلاج ب ٦ أسابيع على الأقل.
- الوشم والتاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و المساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكوتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألمحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحرق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمرني في حال عدم بلوعي السن القانوني.



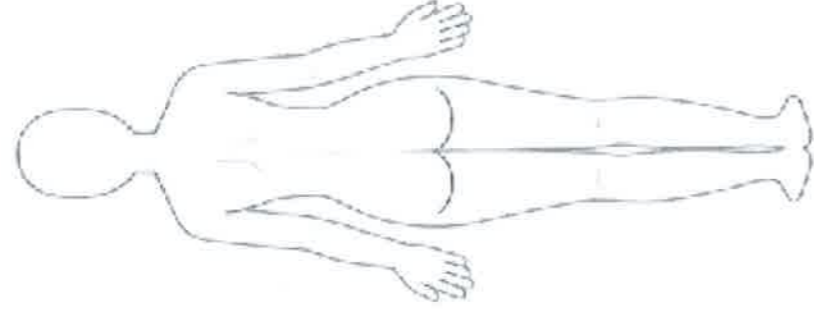
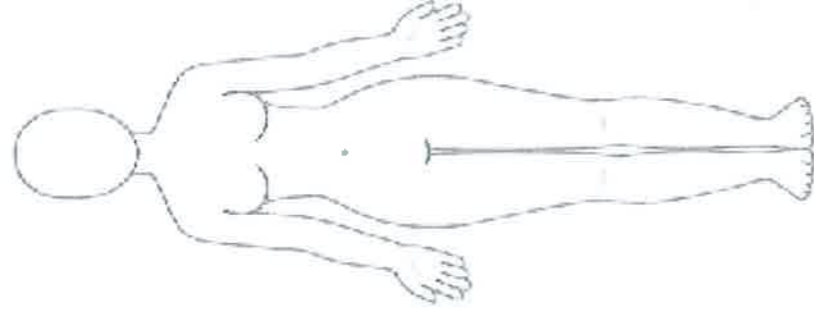
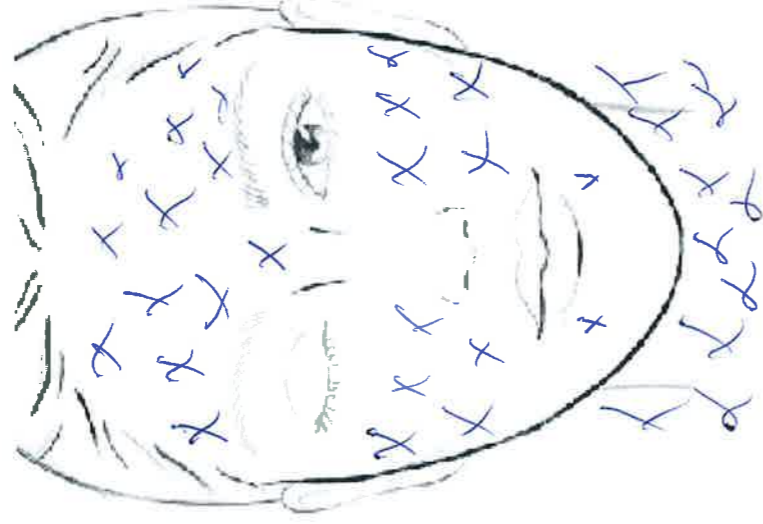
Rawshon

اسم المريض: Rawshon

رقم الملف: ..... Evaluation and consent form completed? Yes / No

رقم الملف: ..... Pretreatment photography taken? Yes / No

1003744



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	9/2/20	2/03/20	25-06-20			
Treatment Area	forehead + forehead hair	same	back neck			
Hair Type	Thick	Med/Thick	Thick			
Mode	NO VM4	40	NDYAG:20	MM:20		
Fluence	25	30	14	20		
Pulse Type	Las	18ms				
CNT Pulse	for hair	After				
Passes	13/15m	6	10pm			
Starting Time	8:30 pm		9:00 pm			
Finish Time			4:30 pm			
Post Treatment	Andoq	FUCIDINH	Yiss			

Therapist Name and Signature .....







مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007752)

Date:20-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003744 - RASHWAN 00. - 971565627272**

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 20-02-2020

Being **1 SESSION CARBON + 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 : **1003744 - RASHWAN 00. - 971565627272**

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

## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز Q-Switch لآفر أنا \_\_\_\_\_ بتقويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

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

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكرون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بالإضافة 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)

. بئر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكروتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

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

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإيدز و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

. البهاق.

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

تقد تم الشرح لي عن الحاجة الى انهاء خطة العلاج، و انا افهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي لليزر وتبنيي 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 منفع للاجراء المطلوب، افهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/الانتام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

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

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج. و على ايضا ابقاء عيناك مغلقتان اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

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

التوقيع:

التاريخ:

اسم المريض/ولي امر المريض:



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008497)

Date:13-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003744 - RASHWAN 00. - 971565627272

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

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

Bank: Cheque No. Date: 13-04-2020

Being **carbon laser + 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 : 1003744 - RASHWAN 00. - 971565627272

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