



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 27/1/2020

Date: 27/1/2020

File Number: 1003889

Patient Name: Rawan Elassal

إسم المريض:

Date Of Birth: 07/12/1988

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Single

Gender: (الجنس) M / F

Nationality: (الجنسية) Egypt

Occupation: (الوظيفة) Night off

Address (العنوان): New Al-Tawam Road / SHF

Phone No. (رقم الهاتف): 0508765238

E-MAIL: rawan.elassal@nut.kal.com

How did you know about us: website

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

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 أقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المرسل.
- 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 نكر 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 اي ضمانات او تأمين لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي. كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 قدمته لدي فتحتي الملف صحفية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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 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 (نمط الدم):	
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 . ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي 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

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Rawan,Mohamed,Hussein,,Elassal	IDN:	784198825187572	Mother Name:	
Name (Ar)	روان محمد حسين,الاسال	Card Number:	088002986	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	EGY مصر	Family ID:	
Title(Ar):		Sex:	M	Sponsor Type:	08
Issue Date:	05/03/2018	Date of Birth:	07/12/1988	Sponsor Name:	طيران الامارات (الموارد البشرية)
Expiry Date:	04/03/2021	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Marital Status:	01	Residency Number:	20120157089965	Residency Expiry:	04/03/2021
Residency Type:	07	Occupation:	5111	Occupation Field:	00
ID Type:	IL				



Photo

Signature Image

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

1/27/2020



precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟

دائماً الاحترق , قليلة الاسمرار
 دائماً الاحترق , عدوية الاسمرار
 قليلة الاحترق , دائماً الاسمرار
 نادراً الاحترق , دائماً الاسمرار

هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره؟ (نعم/ لا)

هل ظهر لديك حلا بسيط أو يثير أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم (لا) / لا

هل تناولت عقار الكيوتان/اليسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم (لا) / لا

هل استخدمت ريتين اي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدريكولونين في منطقة العلاج؟ نعم (لا) / لا

هل قمت بتق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم (لا) / لا

هل قمت بتق مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم (لا) / لا

هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم (لا) / لا

هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم (لا) / لا

هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم (لا) / لا

ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حالياً؟*N.A.*

هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم (لا) / لا

السيئات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا

هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم (لا) / لا

I hereby consent that 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

Date

... / ... /

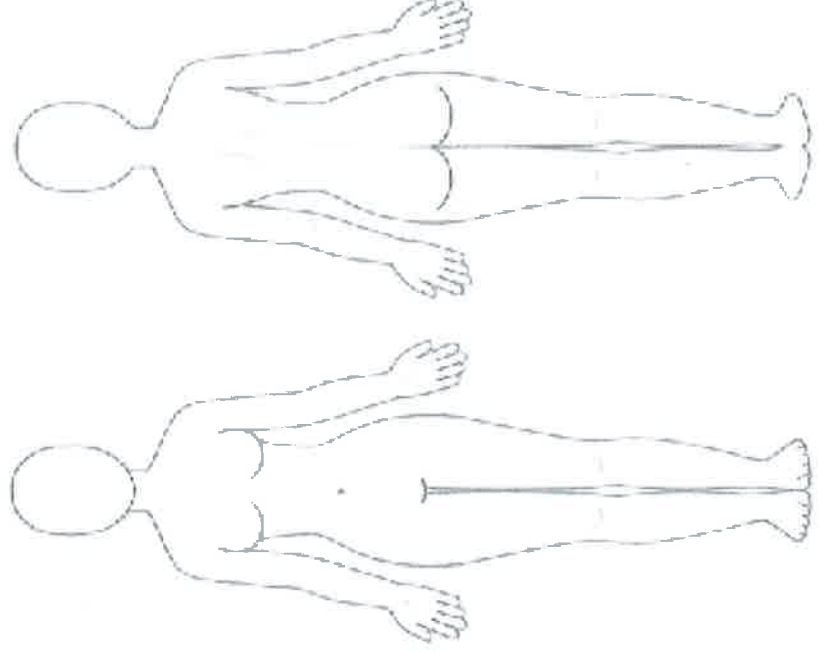
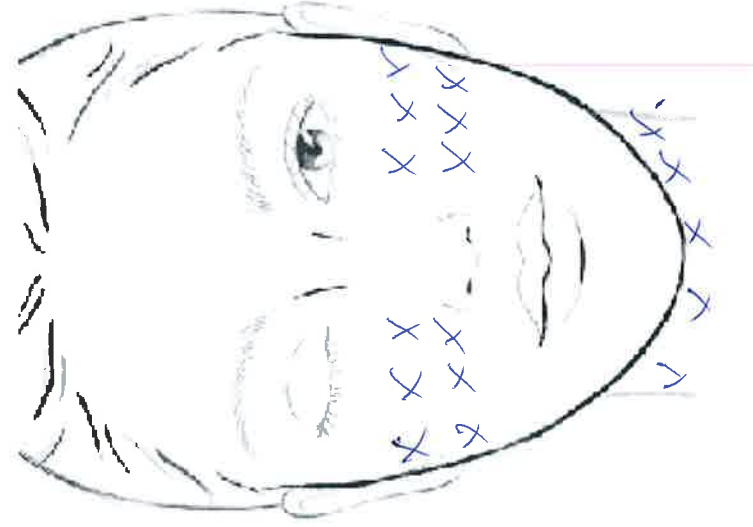
رئخ

..... / ... /

انا
 تز اوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز زر الليزر.
 تفهم ان أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعمل قدرتها على انماء الشعر.
 تفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص لاج. واني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك و التفت و الكريمات و ازالة شعر بالشمع و الكي و ايني اخبرت ازالة الشعر بالليزر.
 بانني قد تلقيت التعليمات التالية:
 ؛ يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ اسابيع قبل و بعد العلاج.
 جب تفادي ازالة الشعر بالشمع او التفت قبل العلاج ب ٦ اسابيع على الاقل.
 لوشوم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
 جب اعطاء التاريخ الطبي كاملاً و يشمل ذلك العلاجات و المساسية و نوع البشرة
 لإشخاص الذين تناولوا عقار الكيوتان خلال الست اشهر الماضية و اي عقاقير تسعهم من تعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.
 هم أنه برغم التغيير الذي قد ألمظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات وصول على النتيجة المطلوبة.
 براض الجانبية
 تتضمن الاعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و نقرحات. و هذه الاعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
 أنه قد أتيت لي الفرصة للاستفسار و توجيهه الامانة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و ت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت ب موافقة ولي امري في حال عدم بلوعي السن القانوني.

سم و التوقيع

Patient's Name: Rawan
 File Number:
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No
 رقم الملف:
 10008889



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	22/1/20	26/2/20	30/3/20	5/5/20	3/06/20	
Treatment Area	BFN	Beard + Neck	Same	Beard + neck	Same	
Hair Type	thick	thick LD	Med/Soft	HID		
Mode	Ray (06)	RAY 20	Med/Soft	ND	Med/Soft	
Fluence	135/20mm	18/20mm	NDY16:R0	14/17ms	163/15ms	
Pulse Type		1 pass	143/17ms			
CNT Pulse						
Passes	1 pass					
Starting Time	6 pm	6 pm	6:30 pm	8:30 pm	5:15 pm	
Finish Time	6:30 pm					
Post Treatment	Fucicort	gent	HIRUDOID	Fucis	HIRUDOID	
Therapist Name and Signature						