



File No:

Date: / /

Date: 29/1/2020

File Number: 1003908

Patient Name: Dr MAHESH SAGAR

اسم المريض: د. م. س. س.

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 30/05/1977 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): M.S.

Nationality (الجنسية): INDIAN Occupation:

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0547813239

E-MAIL:

How did you know about us:

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

- أوافق وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزديدي بالعلاج الأمثل والخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمور مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة والمطلوبة بحكم خبرته المهنية والعلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتنتج العلاجات والإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية والجراحية.
- وأدرك ان بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد 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 والتاريخ الطبي الذي قدمته لي فحسي السلف صحيحة و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع عليها دون مراقفتي

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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg
Pulse (النبض): ppm
Height (الطول): cm
Blood Pressure (الضغط الدم): /
Blood Type (نوعية الدم):
Blood Sugar (السكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization

عمليات سابقة ، ايدخل للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (تعاطي 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

.....

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	Maresh,Kumar,Sagar,Chuttan,Singh	IDN:	784197773961715	Mother Name:	
Name (Ar)	ماهيش,كومار,ساجار,شوتان,سينغ	Card Number:	095990217	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IND	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الهند	Sponsor Type:	06
Issue Date:	09/08/2019	Sex:	M	Sponsor Name:	مركز العلاج الطبي ذ م م
Expiry Date:	06/08/2021	Date of Birth:	30/05/1977	Sponsor Number:	00
Marital Status:	02	Husband IDN:		Residency Number:	40120192052350
Residency Type:	02	Residency Number:	40120192052350	Residency Expiry:	06/08/2021
ID Type:	IL	Occupation:	2221	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

1/29/2020

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:

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

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

و أنتقم 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 وأثاره الجانبية و بدائله الممكنة و منافعه و مضارره قد شرحت لي بشكل كامل.

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

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

أفوض الدكتور
من مركز أوركيد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لإعادة النضارة، و ان هذا الاقرار و التفويض سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قادمة.
و أنني قد أحتاج لتوقيع أقرار آخر بعد ذلك.

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

و أنني 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 ان 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 أدناه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

ان هذا الاقرار صالح بالكامل حتى أفضيه كاملاً أو جزئياً و بخط اليد.

أقر أنني قد ملأت استمارة الاستئذنة الطبية و شرحت تاريخي الطبي بشكل كامل و يكامل ارايتي.

اسم المريض / التوقيع

التاريخ: ... / ... / ...

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. 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 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 باستئصال البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينة من دم المريض تستوي 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

النضارة لها.

هذا المنتج يكون بشكل كامل من دم المريض.

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

الإعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف الى المتوسط في منطقة العلاج. و قد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة المصابة إذا تطلب الأمر. من الممكن ان تشعر ببعض الهزخفيف بينما يتم تشبيخ الخلايا. فإرأ ما يصاحب العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام الكمادات الحبيبية.

موانع العلاج

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

- الامراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخلايا

الحرقفية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغرية و السرطان

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

الوجه (مثال البروفيريا). امراض الدم و الظل في الصفائح الدموية. علاج نخثر الدم

(مثال الوارفارين)

- متلازمة خذل الصفائح الدموية. القصور الحاد في عدد الصفائح الدموية. نقص في

فيريفوجين الدم. عدم استقرار تدفق الدم. حالات التعفن المومي. امراض الكبد المزمنة.

التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.

- تناول الاسبرين و مضادات الالتهاب كالتيفروفين و الفولارين و النيكوتينيك و

التابروكسين. او مستحضرات التجميل. او اذا كنت تتناول حاليا (خلال الازمة) حشر بيضا

للانسج) كمكبات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي الى توقف الدم.

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007324)

Date:29-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003908 - DR. MAHESH SAGAR - 971547813239**

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **210.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date: **29-01-2020**

Being **PRP WITH BIOTIN + VAT STAFF DISCOUNT**

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 : **1003908 - DR. MAHESH SAGAR - 971547813239**

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