



File No:

Date: / /

Date: ... / ... /

File Number: ١٥٥٣٩٧٧

Patient Name:

اسم المريض: سينا أحمد السيد

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 8. 18. 1977

M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Sudan

Occupation

Address (العنوان): الدمام بيتا سو الطبيص

Phone No. (رقم الهاتف): 5559299144

E-MAIL: r.nababada@i.77@gmail.com

How did you know about us:

التاريخ الطبي	
الحالة الطبية	Medical Condition
هل تناولت أي أدوية أو تلقيت أي علاجات حديثة؟	Recent or current drugs/Medical Treatment
لا	لا
هل تناولت أي سترويدات أو مضادات للعدوى؟	Corticosteroids/Immunosuppressant
لا	لا
هل لديك أي حساسية؟	Allergies
لا	لا
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Surgical Operations, Serious Illness
لا	لا
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات للدم؟	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease
لا	لا
هل لديك أي مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات للدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants
لا	لا
هل لديك أي مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات للدم؟	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)
لا	لا
هل لديك أي مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات للدم؟	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other
لا	لا
هل لديك أي مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات للدم؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease
لا	لا
هل لديك أي مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات للدم؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems
لا	لا
هل لديك أي مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات للدم؟	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases
لا	لا
هل لديك أي مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات للدم؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other
لا	لا
هل لديك أي مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات للدم؟	Epilepsy, or any other neurological disease
لا	لا
هل لديك أي مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات للدم؟	Thyroid Diseases, Diabetes
لا	لا
هل لديك أي مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات للدم؟	Other conditions
لا	لا



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 وأسبح 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 تزيدي بالعلاج الأمل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا 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 التجميلية المقدمة لي. كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

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

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب 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 قدته لي قضي للشف صحية. و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكمال ارادتي

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

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

اسكندر 07

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (الوزن): Weight (kg):	Kg	الطول (الطول): Height (cm):	cm	فصية الدم (دم): Blood Type (دم):
النبض (النبض): Pulse (ppm):	ppm	الضغط الدم (الضغط الدم): Blood Pressure (mmHg):	/	سكر الدم (سكر الدم): Blood Sugar (mg/dL):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة ، اذخار للمستشفى Previous Surgeries, Hospitalization

عمليات سابقة ، اذخار للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (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

.....



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-007416)

Date: 02-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003947 - RENA 000 - 971559299144

The sum of Dhs. Four Hundred Twenty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 420.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 02-02-2020

Being SUPER FACIAL + 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 : 1003947 - RENA 000 - 971559299144

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

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO1

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	Rina,Ahmedelbadawi,Habib,,Elshafea	IDN:	784197769617503	Mother Name:	
Name (Ar)	رينا احمد البدرى حبيب , الشفيق	Card Number:	097109833	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SDN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	السودان		
Issue Date:	28/10/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	22/10/2021	Date of Birth:	08/08/1977	Sponsor Name:	خالد عبدالسلام عمر الحاج
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	54914263
Residency Type:	03	Residency Number:	15220193009266	Residency Expiry:	22/10/2021
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

2/2/2020



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007553)

Date:09-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003947 - RENA 000 - 971559299144

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: **09-02-2020**

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 : 1003947 - RENA 000 - 971559299144

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 أقفر أنا _____ بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

ليزر ال ■ التقشير الكريونى باستخدام لوشن الكريونى يقيمه التقشير بالليزر هو أحد الإستطباتك لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشذوذ الصغرى (البقع الحمراء والبيضاء 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 تتع الجيوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت، بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معظمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مرآجة كل 3-6 اشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم بالتقشير بدون استخدام لوشن الكريون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بالإضافة لوشن الكريون مما يستهدف الأصبغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإلتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصغرية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الاضافر(الوضع A)

. بئر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستصمالم العلاج يتضمن:

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

. الحمل والرضاعة.

. الأمراض الجلدية والإلتهابات والأورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالليزر و الالتهاب الكبدي الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

. البهاق.

أقهم تماما أن النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وأن النتيجة المرجوة لن تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى إنهاء خطة العلاج، و أنا أقهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى 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 فترحت لي بالكامل.

أقهم ان كما هناك منفع للجراء المطلوب، أقهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/الانقمام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

أقهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت، تقشرات مشابهة لتقشرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة ايام فقط. تقشرات صغرية (بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر 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 أثناء العلاج . وعلى ايضا ابقاء عياني معتقان أثناء العلاج. أقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

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

التوقيع:

التاريخ:

اسم المريض/ولي امر المريض:

بيبا زعد الورد

سكينة



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-007493

Date: 06-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003947 - RENA 000 - 971559299144**

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

By Cash **157.50** / 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 1 SESSION CARBON LASER + 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 أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008773)

Date:11-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003947 - RENA 000 - 971559299144

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 11-05-2020

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 : 1003947 - RENA 000 - 971559299144

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



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009353)

Date:12-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003947 - RENA 000 - 971559299144

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 12-06-2020

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 : **1003947 - RENA 000 - 971559299144**

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