



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 13/2/2020

Date: / /
Patient Name: Hala Abu Shamleh
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ١٥/١٢/١٩٦٢ Gender (الجنس): M / (E)
Nationality (الجنسية): فلسطينية
Address (العنوان): البصرة / السليمانية
E-MAIL: Laha.jem@icloud.com
File Number: 1004032
اسم المريض: هالة أبو شمله
Marital Status (الحالة الاجتماعية): متزوج
Phone No. (رقم الهاتف): 0566313186
How did you know about us: ...

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

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 يكشف 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 التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعمليات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تقوي الي 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 المطبورة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي تفصي للشف صحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً 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 بكامل ارادتي

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

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

كحلان

التاريخ: ... / ... /

Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg Height (الطول): cm Blood Type (نمى الدم):
Pulse (النفس): ppm Blood Pressure (مفط الدم): / Blood Sugar (مكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، اأخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكول): Y / N

Drugs (معاقر): 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*

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED 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	Hala,Jamal,Mousa,,Abu Shamleh	IDN:	784198046413203	Mother Name:	
Name (Ar)	هاله جمال موسى, ابو شمله	Card Number:	091175507	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	08/10/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	18/09/2021	Date of Birth:	30/04/1980	Sponsor Name:	خالد احمد عبدالجبار بدرانه
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	06262453
Residency Type:	03	Residency Number:	20120003036629	Residency Expiry:	18/09/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

2/13/2020



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,100.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-007619

Date: 13-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004032 - HALA ABU SHAMLEH - 971566313186**

The sum of Dhs. **Two Thousand One Hundred Only**

By Cash **2,100.00** / 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 3 SESSION CHEMICAL PEEL FOR BIKINI AND UNDER ARMS + 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

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

ليزر ال ■ التقشير الكروني باستخدام لوشن الكرونيو فيصمه التقشير بالليزر هو أحد الإستطبات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشرد الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها) المرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتع الجيوب، توسع مسلمات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت، بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 أسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 أشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكريون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بالإضافة لوشن الكريون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 أشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الاضافر(الوضع A)

. بئر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستصمالم العلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينونين (الأكورتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

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

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

. التهاب.

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

أقد تم الشرح لي عن الحاجة الي إنهاء خطة العلاج، و أنا أقهم أن النتائج قد تخفف بالنظر الي استجابتي لليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج. وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف أتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي فرحت لي بالكامل.

أقهم أن كما هناك منفع للجراء المطلوب، أقهم أن الإجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تأخر في فترة الشفاء/ الألتام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الي فترة شفاء.

أقهم أن المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتضمن التالي : اصرار مؤقت، آثارات مشابهة لتأثيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الي عدة أيام فقط، تغيرات صبغية (بقع داكنة أو فاتحة على الجلد) أو احوار مزمن قد يندد من شهر الي ثلاثة أشهر. بعض الأعراض المحتملة قد تتضمن حكة، ألم، كدمات، التهاب، ندوب أو انتفاخ.

أشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج . وعلى أيضا إبقاء عيناوي مغلقان أثناء العلاج. أقر أن المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

أقد تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة، وقد تمت الإجابة على جميع أسئلتني وقد وقعت على هذا الإقرار بكامل ارادتي.

التوقيع:

حالة: ١٢/٠٤

التاريخ:

حالة: ١٢/٠٤

اسم المريض/لبي امر المريض:

ورقة الموافقة على التقشير الكيميائي

التاريخ: _____

أنا أخول _____ لتطبيق _____ على _____ لنضارة بشرتي وعلاجها من التصبغات وآثار الحبوب والتجاعيد. أتفهم جيدا بأن هذا الاجراء اختياري بحث, وأن النتيجة قد تختلف من شخص لأخر والعلاجات المتعددة قد تكون ضرورية.

أتفهم بأنه:
من المحتمل حدوث بعض المضاعفات التي قد تكون نادرة لكن محتملة.
ظهور بعض الاعراض الجانبية الشائعة كاحمرار مؤقت, حرق بسيط وقد يستمر لمدة 3 إلى 4 ساعات أو لعدة أيام.

تصبغات متغيرة متغيرة تشمل هايبربيجمنتيشن (تفتيح للبشرة) أو (غامقان بالبشرة) وقد تستمر لمدة 1 إلى 6 اشهر أو أكثر.

بعض الاعراض المحتملة الاخرى كشعور بالحك, ألم, حرق, التهاب, تقشير, تورم. من المحتمل ايضا عدم الحصول على النتيجة المتوقعة أو المرغوب بها.

أتفهم بأنه عند تعرضي للشمس أو جهاز التشمس وعدم الالتزام بإرشادات العناية المطلوبة اتباعها قد تزيد من فرصة حدوث مضاعفات.

إرشادات قبل وبعد العلاج و اجراءات العلاج تم شرحها لي بالكامل من الفوائد المحتمل الحصول عليها والمضاعفات . لقد تمت الاجابة على جميع تساؤلاتي وأنا أوافق بشدة على تطبيق العلاج.

إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وايضا أتفهم أن المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي/ تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج, ولن يتم التعرف على هويتي من الصور أو الوصف المرفق نعم لا

التوقيع

اسم المريض / الضامن & العلاقة

التوقيع

اسم الدكتور / المعالج



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 0.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-007649

Date: 14-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004032 - HALA ABU SHAMLEH - 971566313186

The sum of Dhs. **Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: 0.00) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated

262.50

Bank:

Cheque No.

Date:

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

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

www.omc1.ae



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER(No.REC-007948)

Date:02-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004032 - HALA ABU SHAMLEH - 971566313186

The sum of Dhs. Two Hundred Sixty-Two 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 262.50

Bank: Cheque No.

Date: 02-03-2020

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 : 1004032 - HALA ABU SHAMLEH - 971566313186

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 أقر أنا _____ بتقويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

ليزر ال ■ التقشير الكروني باستخدام لوشن الكروني يتمه التقشير بالليزر هو أحد الإستراتيجيات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والندوب

الاصغى (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، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكرون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكرون مما يستهدف الأصدغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف وزيادة 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)

. بير إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج ينصن:

. تناول عقار الأيسوترتينونين (الأكوتان) خلال ال6 اشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

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

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإيدز و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

. الهواق.

أقهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوحة 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 انا 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 شرحت لي بالكامل.

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

أقهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت، تآقرات مشابهة لتآقرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الي عدة ايام فقط، تغيرات صبغية (بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكة، الحكة، التهاب، احوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج . وعلى ايضا ابقاء عياني مغلقان أثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التقشير.

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:

هالة جال



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 262.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008092)

Date: 09-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004032 - HALA ABU SHAMLEH - 971566313186

The sum of Dhs. Two Hundred Sixty-Two 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 262.50

Bank: Cheque No. Date: 09-03-2020

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 : 1004032 - HALA ABU SHAMLEH - 971566313186

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