



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: / /

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

File Number: ..... 1000077

Patient Name: ..... Dewa Niazly ..... اسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 11.9.87 Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): .....

Nationality (الجنسية): ..... Afghani Occupation (الوظيفة): .....

Address (العنوان): ..... Al-tawana.com@sharjah.com Phone No. (رقم الهاتف): 0527754973

E-MAIL: ..... Dewa.niazly@gmail.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 Medical Condition			
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	No	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	No	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	No	No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	No	No	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	No	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	No	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	No	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	No	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	No	
Other conditions HSV, HIV...etc	No	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 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 تامين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي. كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم صاماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة 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 علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فحفي الملف الصحية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا 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 علي كامل 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 : (الوزن)  
Pulse (النبض): ppm : (نبض)  
Height (الطول): cm : (الطول)  
Blood Pressure (ضغط الدم): / : (ضغط الدم)  
Blood Type (دم): : (دم)  
Blood Sugar (سكر الدم): : (سكر الدم)

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة , ايجال 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

.....





precisely Kindly Answer the following questions

ما هي الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟ <input type="checkbox"/> دائماً الاحترق , little tanned <input type="checkbox"/> دائماً الاحترق , Never Tanned <input type="checkbox"/> قليلاً الاحترق , Always Tanned <input type="checkbox"/> نادراً الاحترق , Rarely Tanned <input type="checkbox"/> دائماً الاحترق
هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا
هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
هل تناولت عقار الاكيتان/ الايسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدوكوينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
هل قمت بنقف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحجسة شمسي؟ .....
هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
ماهي المنتجات التي تستخدمها ليشرتك حالياً؟ .....
هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا
السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا
هل قمت سابقاً 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

Date

..... / ..... / .....

الإسم و التوقيع

..... / ..... / .....

التاريخ

..... / ..... / .....

أقر أنا ..... الشارحة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز مركز أوركيد الطبي/ الشارحة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً 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 و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني علم على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفكك و التفتق و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تفقت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 6-8 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتق قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً و يشمل ذلك العلاجات و المساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من

التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

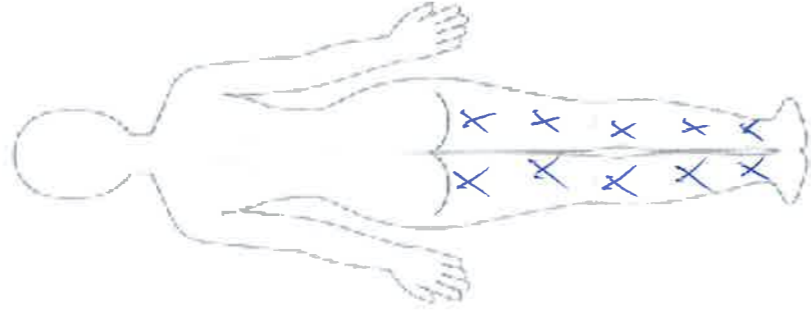
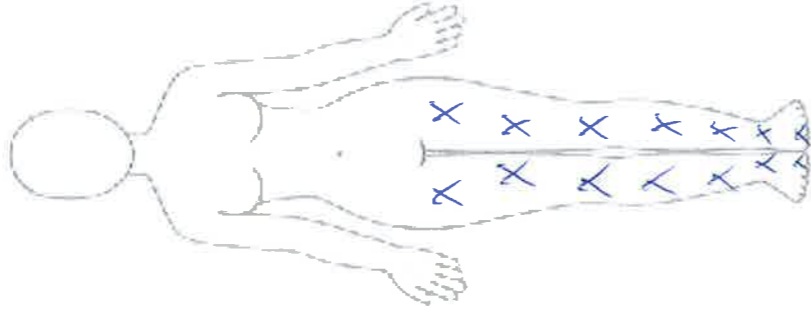
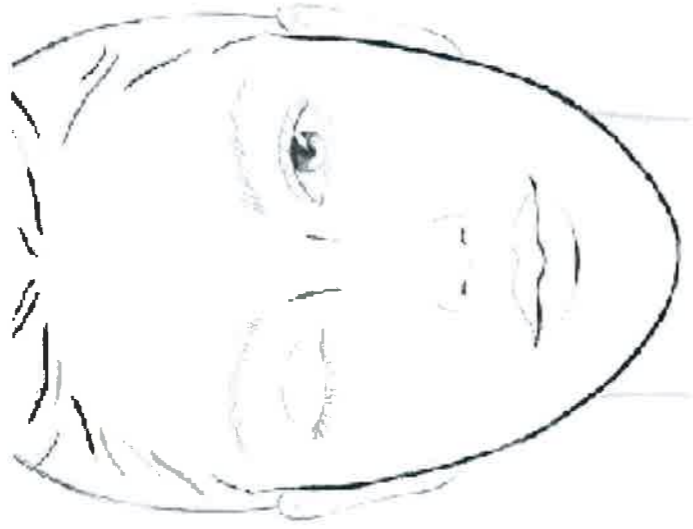
أفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

قد تتسبب الأعراض الجانبية إحمرار البشرة بما يشبه الحروق، و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات، و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. تقص 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 أتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي، و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

Patient's Name: ..... **Dawia Niaz** ..... إسم المريض:  
 File Number: ..... رقم الملف:  
 Pain Relief given? Yes / No ..... Evaluation and consent form completed? Yes / No  
Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	19/02/20					
Treatment Area	face legs					
Hair Type	Med/Dark					
Mode	Alex					
Fluence						
Pulse Type						
CNT Pulse	85/11ms					
Passes						
Starting Time	1:30 PM					
Finish Time	2 PM					
Post Treatment	HYALURONIC ACID					

Pl is afraid of Pain

Therapist Name and Signature .....

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	Dewa,Niazy	IDN:	784198779242738	Mother Name:	
Name (Ar)	ديوا، نيازي	Card Number:	095829067	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	AFG	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	افغانستان		
Issue Date:	31/07/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	24/07/2022	Date of Birth:	01/01/1987	Sponsor Name:	شیر محمد سید احمد
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	0111808901
Residency Type:	03	Residency Number:	30120133026581	Residency Expiry:	24/07/2022
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

2/19/2020





مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007725)

Date:19-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004072 - marwa 00. - 971527454973

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: 19-02-2020

Being 1 SESSION FULL LEGS + 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 : 1004072 - marwa 00. - 971527454973

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)