



File No: .....

Date: ٢٤ / ٤ / ٢٠٢٠

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

File Number: ١٥٤٧٥٩٢٢

Patient Name: .....

اسم المريض: ريم بن محفوظ بن سالم

Date Of Birth (تاريخ الميلاد) 26/13/1964 Gender (الجنس) M / F

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

Nationality (الجنسية): .....

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

Address (العنوان): .....

Phone No. (رقم الهاتف): 5598277

E-MAIL: [reem@orchidmc.com](mailto:reem@orchidmc.com)

How did you know about us: Reem

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

- أوافق وأسمح 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 الأشمل 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 تعمين لنتائج العلاج 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 للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي 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 المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فتحتي الملف صحيفه و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي
- 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

## Vital Signs

لإشارات الحيوية

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Blood Type (دمية الدم):

Pulse (النفس): ppm

Blood Pressure (دمية الدم): /

Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint

سبب زيارة المريض للعيادة

## Disease History

التاريخ المرضي:

Allergies

الحساسية

Medications

الأدوية

Pregnancy

الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization

عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

التدخين (Y / N)

Alcohol (الكحول): Y / N

الكحول (Y / N)

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

العقاقير (Y / N)

General &amp; 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  
.....



United Arab Emirates  
Rasmi Khatam al-Idhar al-Ahli  
Driving License

64753

YAGOOR ABDULLA SHEERDEL SADEQ  
الراجحي ياقور عبدالله شيردل سعدق

EMIRATES  
Nationality

26-05-1984  
Date of Birth

23-07-2003  
Issue Date

23-11-2024  
Expiry Date

AJMAN  
Place of Issue



4318700020


## ورقة الموافقة على العلاج بجهاز التخثير الكهربائي

- أؤكد بأنه تم شرح كيفية إجراء العلاج وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه، لقد تم إيلاغي تحديدا بما يلي:
- سوف يحدث بعد هذا الإجراء من ردود الفعل الشائع حدوثها مثل فقر الدم او العدوى او ردود فعل نتيجة التخثير و تشكل ندبات سميقة او رقيقة و تلون الجلد او ضمور بالجلد و من الممكن نكس الأفات.
- في حال حدوث أي نوع من أنواع العدوى الجلدية قد تكون هناك حاجة الى علاجات اضافية او مضادات حيوية توصف من قبل الطبيب المختص.
- أتفهم أن الرعاية الطبية تطلب التعاون و لذلك سوف اتابع جميع تعليمات الطبيب بخصوص الفترة التي تلي الاجراء.
- و اتفهم أيضا انه لا يوجد ضمان لنتيجة أي علاج و أنه يجب علي دفع رسوم أي علاجات لاحقه لهذا الإجراء.
- كما إنني أتفهم مدى اهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او تأجيل المواعيد وأيضا أتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

اسم المريض:

لؤطوب خطيب

التوقيع:



## ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: 22/7/2020

أنا السيد/السيدة لطف بخليل أؤكد بأنه تم شرح لنا كيفية العلاج باستخدام البوتكس وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه كحال جميع الادوية البوتكس قد يحتوي على آثار جانبية. هذه الردود العكسية قد تكون متعلقة بالعلاج، إما بسبب المنتج أو الفرد، لكن بشكل عام هذه المضاعفات قد تحدث في الأيام الأولى التي تتبع يوم الحقن وتكون بشكل مؤقت. معظم الحالات التي تم تسجيلها تكون بدرجة معتدلة إلى خفيفة. كما هو متوقعة بعد الحقن سوف يكون هناك شعور بالألم وحررق ونهيس وتورم وورراق.

من الآثار الجانبية الشائعة التي من الممكن حدوثها: صداع، زغللة، احمرار، تراخي بعضلات الوجه وألم في الوجه.  
من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، تميل، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاء، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالعضلات، أعراض الانفلونزا، ضعف وحرارة.

الآثار الجانبية التالية قد تكون نادرة: حكة، طفح جلدي، قشعريرة، أنواع مختلفة من الطفح الجلدي الأحمر، حساسية قوية (تورم وتحديدا في الوجه والمجرى الهوائي مما يسبب صعوبة بالتنفس)، هبوط الحاجب أو الجفن، سماع طنين بالأذن وقلّة السمع، حساسية في صعوبة البلع والتنفس والكلام.

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 4 إلى 6 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح. إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا اتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور أو الوصف المرفق

نعم لا

التوقيع:

اسم المريض: لطف بخليل

التوقيع:

اسم المعالج: Dr. W. C.





**Filler Injection Log**

| Date      | Filler Type | Area Treated | Right / MI | Left / MI |
|-----------|-------------|--------------|------------|-----------|
| Session 1 |             |              |            |           |
| Session 2 |             |              |            |           |
| Session 3 |             |              |            |           |
| Session 4 |             |              |            |           |
| Session 5 |             |              |            |           |

**Botox Injection Log**

| Date      | Area Treated | Right / Units | Left / Units |
|-----------|--------------|---------------|--------------|
| Session 1 |              |               |              |
| Session 2 |              |               |              |
| Session 3 |              |               |              |
| Session 4 |              |               |              |
| Session 5 |              |               |              |

Doctor's Name and Signature

.....



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,207.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007780)

Date:22-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004095 - YAKOUP 000 - 971555559827

The sum of Dhs. One Thousand Two Hundred Seven Dirhams and Fifty Filis Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,207.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 22-02-2020

Being 1 INJECTION BOTOX + 2 CAUTARY + 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 : 1004095 - YAKOUP 000 - 971555559827

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