



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إنسامة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

File No:

Date: / /

Date: ... / ... /

File Number: 1007191

Patient Name: ايمن شاتي

اسم المريض:

Date Of Birth: 30 / 10 / 1993 Gender: M (F)

Marital Status: (الاحالة الاجتماعية): Single

Nationality: Algerian (الجنسية): Manager Assistant

Occupation:

Address (العنوان): Sh.3

Phone No. (رقم الهاتف): 0588563083

E-MAIL:

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم ذكر بالتفصيل
هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟ Recent or current drugs/Medical Treatment		-	مسكنات
هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟ Corticosteroids/Immunosuppressant		No	
هل لديك أي حساسية؟ Allergies		Yes	بنسولين
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟ Surgical Operations, Serious Illness		No	
جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease		No	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟ High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants		No	
انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) Anemia, Leukemia		-	
امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، النمل، امراض اخرى Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other		No	
هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟ Renal, Urinary, Sexually transmitted disease		No	
هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ممانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems		No	
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases		No	
قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟ Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other		No	
هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟ Epilepsy, or any other neurological disease		No	
هل تعاني من مرض السكرى أو امراض الغدة الدرقية؟ Thyroid Diseases, Diabetes		No	
هل تعاني من أي امراض اخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc Other conditions HSV, HIV...etc		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 والتنشيمية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل ترديتي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما نكر في الفحص الأولي والتي 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 والعلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتابع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المعقدة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و اترك ان 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 قدمته لدي فتحي الملف صحية. و تفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع 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 إرادتي

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

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

التاريخ: ... / ... /



استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (الوزن): Kg

الطول (الطول): cm

نمط الدم (نمط الدم): Blood Type

النبض (النبض): ppm

ضغط الدم (ضغط الدم): /

سكر الدم (سكر الدم): Blood Sugar

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (التدخين): Y / N

الكحول (الكحول): Y / N

أدوية (أدوية): 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 هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟	<input type="checkbox"/> دائماً الاحترق , little tanned <input type="checkbox"/> دائماً الاحترق , Never Tanned <input type="checkbox"/> قليلا الاحترق , دائماً الاحترق <input checked="" type="checkbox"/> نادراً الاحترق , دائماً الاحترق
هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره؟	<input type="checkbox"/> نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا
هل ظهر لديك حلا بسيط أو يثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟	<input type="checkbox"/> نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا
هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا
هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكورتون في منطقة العلاج؟	<input type="checkbox"/> نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا
هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا
هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟	<input type="checkbox"/> نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا
هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا
هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟	<input type="checkbox"/> نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا
هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا
هل أنت حامل؟	<input type="checkbox"/> نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا
هل قمت سابقاً بإجراء مكيكج دائم للوجه؟	<input type="checkbox"/> نعم <input checked="" type="checkbox"/> 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 / /

أقر أنا أيمان شافق
 مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر.

وأفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلوس و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و اني علم على كامل كافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع و التفت و الكريمات و ازالة الشعر بالشمع و الكي و اني اخذت ازالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد قمت بتعليمات التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 اسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تفادي ازالة الشعر بالشمع او التفت قبل العلاج ب 6 اسابيع على الاقل.
- الوشم و التاتو و المكيكج دائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذاك العلاجات و المساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية او اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.

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

الإعراض الجانبية

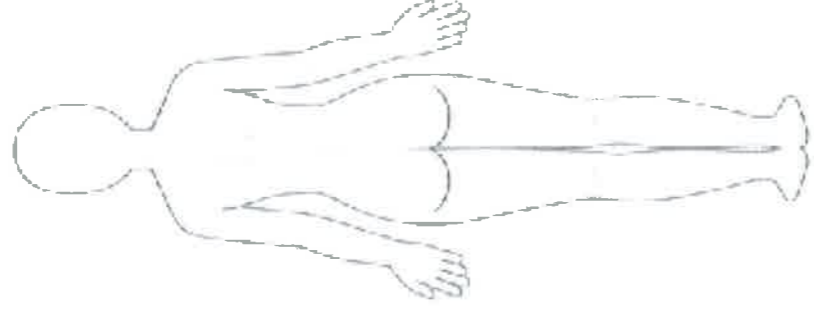
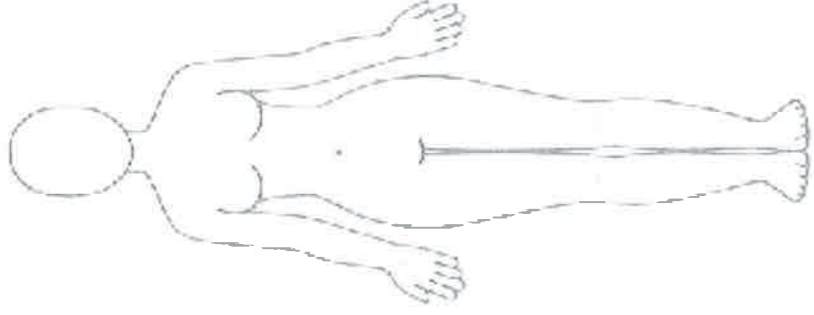
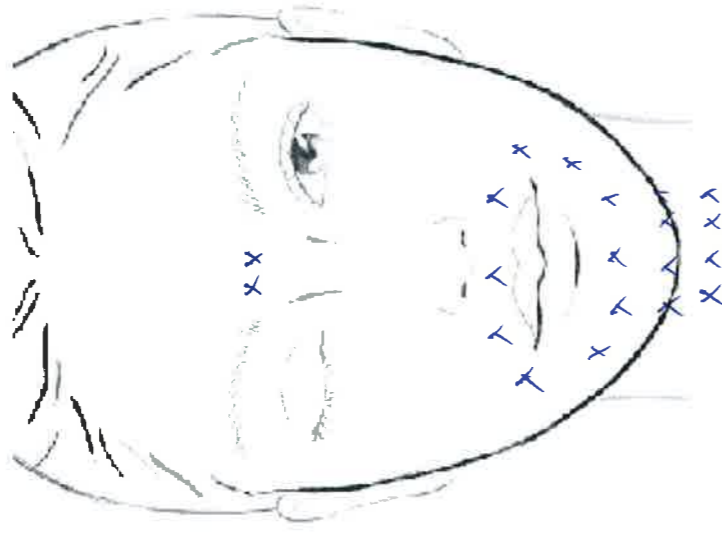
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يقببه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشى خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص او زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تقوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيتحت لمي الفرصة للاستفسار و توجيه الاستئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لمي. و اني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمرمي في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع
 أيمان شافق

التاريخ / /

Patient's Name: Feras اسم المريض
 File Number: 1004141 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	26/02/20	27/5/20	25-07-20			
Treatment Area	1/2 face	Same	1/2 face			
Hair Type						
Mode	Alex : 16	Alex : 20	Key 6			
Fluence			7/10			
Pulse Type	117/10-13ms	8/13ms-ckh				
CNT Pulse						
Passes						
Starting Time	8:30 pm	U.L-8/10	none			
Finish Time						
Post Treatment	FUCIDIN-H	FUCIDIN-H	45mg			

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	Imen,Kazi,,Tami	IDN:	784199309317388	Mother Name:	
Name (Ar)	إيمان قازي تامي	Card Number:	094683261	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	DZA	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الجزائر		
Issue Date:	21/05/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	15/05/2021	Date of Birth:	30/10/1993	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120192349999	Residency Expiry:	15/05/2021
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

2/26/2020



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008980)

Date: 23-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004141 - EMAN 00. - 971588563083

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 105.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 23-05-2020

Being half face + 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 : 1004141 - EMAN 00. - 971588563083

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

www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007873)

Date:26-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004141 - EMAN 00. - 971588563083**The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **105.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **26-02-2020**Being **1 session upper lip + 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 : **1004141 - EMAN 00. - 971588563083**

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



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,362.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-010350)

Date:25-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004141 - EMAN 00.** - 971588563083

The sum of Dhs. **Two Thousand Three Hundred Sixty-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **2,362.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date: **25-07-2020**

Being **under eye fillers teosyal redensity + cytosial filler + 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 : **1004141 - EMAN 00.** - 971588563083

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

ورقة موافقة على العلاج بالفيلر

التاريخ: _____

انا السيد/السيدة _____ أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الفيلر وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه.

لقد تم إبلاغي باحتمال ظهور بعض الأعراض الجانبية المصاحبة لحقن مادة الفيلر، والتي من المحتمل ظهورها بعد الجلسة مباشرة أو مؤخرا والتي قد تحتوي على:

التهابات (احمرار، وذمة، إلخ) وأيضا قد تصاحب شعور بالحك، ألم عند الضغط وذلك يكون بعد الحقن مباشرة. هذه الأعراض قد تستمر لمدة أسبوع.

ورم دموي - تيبس في المنطقة المحقونة - حدوث انتفاخ او تورم او التهاب او حساسية - حدوث تأثير بسيط أو عدم حدوثه

بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة وسوف تخفي من تلقاء نفسها بعد عدة أيام من جلسة الحقن.

الآثار النادرة الأخرى تتضمن:

لا يمكن التنبؤ بمدى استمرارية الفيلر في الجسم سواء أقصر أو أطول من المدة المتوقعة عدم تناظر الوجه - تغير طويل الأمد في لون الجلد - خمج فيروسي أو خمج جرثومي

ندبة-تقرح - ورم حبيبيومي - صدمة تحسسية - العمى
لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 6 إلى 9 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح.

إنني أفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او تأجيل المواعيد. وأيضا أفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

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

نعم لا

اسم المريض: ليمان ثاني

التوقيع: Abulqazi

اسم المعالج: د. حيدر

التوقيع: حيدر