



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 27 7 2020

Date: ... / ... /

File Number: 10041146.....

Patient Name: Mona Sultan Swidan Saif

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 27/7/1987 Gender (الجنس): M / F

Marital Status:(الحالة الاجتماعية): married

Nationality (الجنسية): U.A.E

AL.Futtaim

Address (العنوان): Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 0509892777

E-MAIL:

How did you know about us: Co.g.l.e.....

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	No
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	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
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؟	-
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض الغدة الدرقية؟	-
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	-



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 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 تامين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التخيلية المقدمة لي، كما أتفهم الإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الإخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحابة للفحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان 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 ان جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فتحي للعلف صحية. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستنقى سرية تماماً 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 بكمال 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	
الوزن (الكلغ): Weight (Kg)	الطول (السم): Height (cm)
النبض (النبضات): Pulse (ppm)	ضغط الدم (الضغط): Blood Pressure (/)
	نوعية الدم (نوعية الدم): Blood Type
	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): Smoking : Y / N

التدخين الكحول (التدخين): Alcohol : Y / N

العقاقير (العقاقير): Drugs : 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

.....

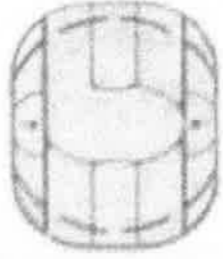
United Arab Emirates



دولة الإمارات العربية المتحدة

Identity Card

بطاقة هوية



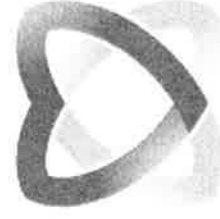
ID Number / رقم الهوية /
784-1987-0520796-1



الإسم: منى سلطان سويدان الخرش الكشي

Name Muna Sultan Suwaidan A Aiktebi

الجنسية: الإمارات العربية المتحدة
Nationality: United Arab Emirates



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008422

Date: 07-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004146 - MONA SULTAN - 971509892777**

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,000.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being **advance for veneers 5500 + vat balance 2775**

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



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟

دائماً الاحترق , little tanned
 دائماً الاحترق , Never Tanned
 قليلاً الاحترق , Always Tanned
 نادراً الاحترق , Rarely Tanned

هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جذرة؟ نعم / لا

هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا

هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا

هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدريكوترون في منطقة العلاج؟ نعم / لا

هل قمت بنقف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال الـ ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا

متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟

هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا

هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا

هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا

ماهي المنتجات التي تستخدمها لغيرك حالياً؟

هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا

السيدات فقط : هل أنت 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
 .../.../.....

أقر أنا مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر الموقر. وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر فتعمل قوتها على انتهاء الشعر. وأتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر بخلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المريض بتعليمات العلاج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و أنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التصف و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و اني اخذت ازالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية:
 - لا يسبح بالشمس أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل و بعد العلاج.
 - يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التصف قبل العلاج ب ٦ 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 الحساسيات و نوع البشرة
 - الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

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

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار 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. نقص 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 انه قد أتحت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة الي المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قرأته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

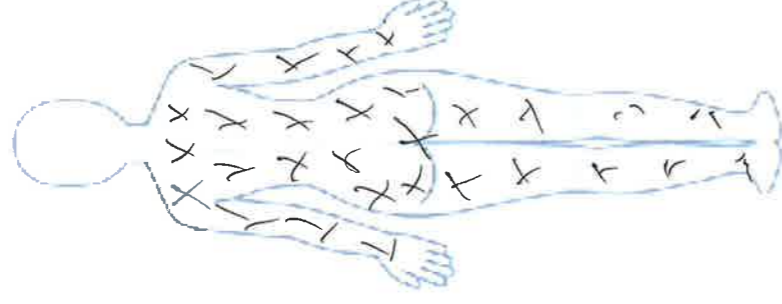
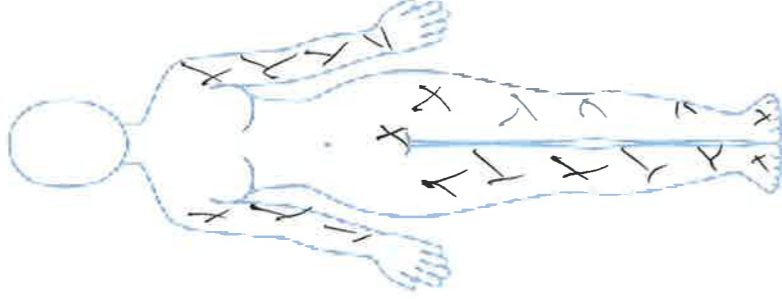
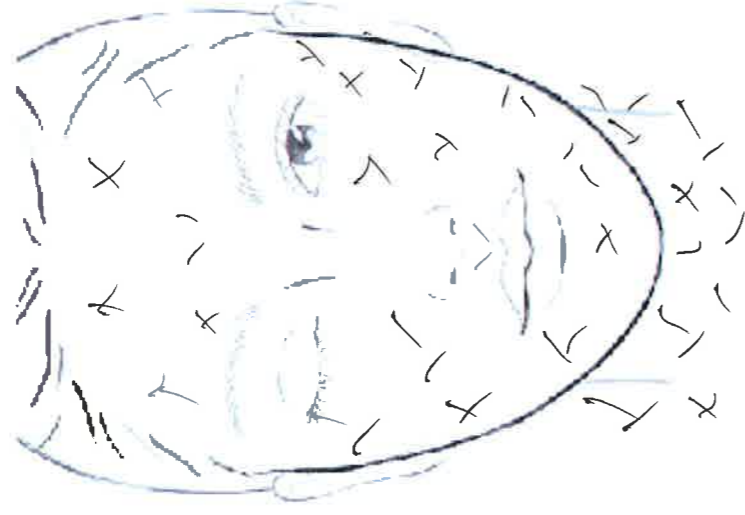
الاسم و التوقيع

التاريخ

8 / 19 / 2020

Patient's Name: **Mona Sultan**
 File Number:
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No

رقم الملف:
 1004146

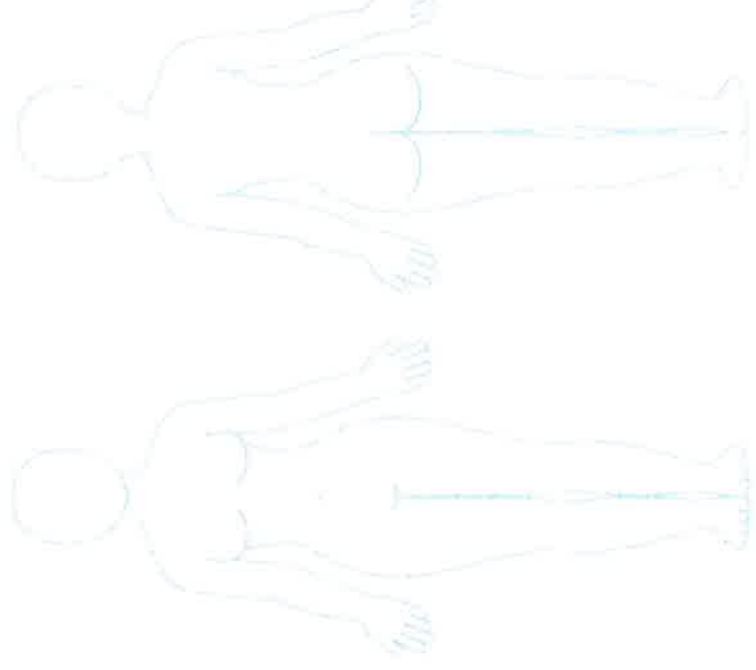
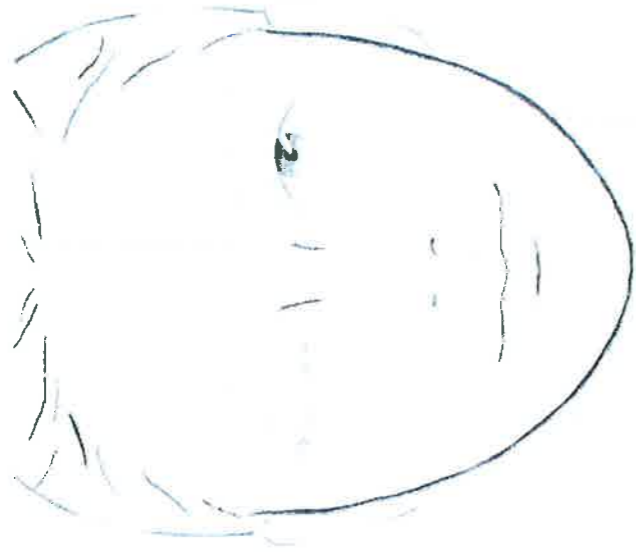


Session 1 Session 2 Session 3 Session 4 Session 5 Session 6

Treatment Date **21/4/20**
 Treatment Area **full body**
 Hair Type **Soft D**
 Mode **ND 49420**
 Fluence **16.7/15**
 Pulse Type **face & Hand**
 CNT Pulse **legs**
 Passes **14/17.5mg**
 Starting Time **1 Pass**
 Finish Time
 Post Treatment **H. medoc**

Therapist Name and Signature





Filler Injection Log

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

Botox Injection Log

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

Doctor's Name and Signature

.....



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008444)

Date:08-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004146 - MONA SULTAN - 971509892777

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Sixty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,260.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 08-04-2020

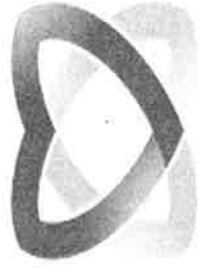
Being **LIP FILLER+ VAT**

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 : 1004146 - MONA SULTAN - 971509892777

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008445)

Date:08-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004146 - MONA SULTAN - 971509892777

The sum of Dhs. **Seven Hundred Thirty-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **735.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **08-04-2020**

Being **FULL BODY + 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 : 1004146 - MONA SULTAN - 971509892777

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