



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: 7 / 13 / 2020

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

File Number: 1004202

Patient Name: Wesam adeh

إسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 20/7/75 Gender (الجنس): M F

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

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

Phone No. (رقم الهاتف): 055-4729270

Address (العنوان): .....

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 اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	NO	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مسكرويدات أو مثبطات للمناعة؟	NO	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	NO	Not aware of any
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؟	NO	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	NO	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	NO	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	NO	
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	NO	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	NO	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	NO	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	NO	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HIV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	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. *MDR with consent*

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):

*[Handwritten Signature]*  
Date: 7 / 3 / 2020

### 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 الأفضل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا 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 لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي. كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون محسوبة للحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الام أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحني الملف صحيحة و أتفهم 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 ارادتي

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

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

التاريخ: ... / ... / .....

## Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg : (قمية الدم) Blood Type  
Pulse (النبض): ppm : (الطول): cm : (سكر الدم) Blood Sugar  
Blood Pressure (الضغط الدم) : /

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

## Disease History التاريخ المرضي

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، اخال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (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

.....



REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQxO\*

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	Wesam,,,Odeh	IDN:	784197562510905	Mother Name:	
Name (Ar)	وسام,,,عوده	Card Number:	089744376	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	CAN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	كندا		
Issue Date:	28/06/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	27/06/2020	Date of Birth:	20/07/1975	Sponsor Name:	شركة الفطيم ذ م م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120182300372	Residency Expiry:	27/06/2020
ID Type:	IL	Occupation:	01	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

3/7/2020

#### Description of Treatment

This treatment involves the collection of your blood (approximately 11 - 22 ml), then your blood is spun down using a centrifuge to separate out the plasma and platelet portion using the separator gel as a special filter. The PRP portion of your blood is then used at the point of care to re-energize your cells into rejuvenating themselves. The product is 100% your own blood by-product (autologous). If you have any questions please do not hesitate to ask your physician or nurse.

#### Side Effects

you will likely experience mild to moderate swelling of the treated area, this will last for about 12- 24 hours; ice or cold compresses can be applied to reduce swelling if required. You may notice a tingling sensation while the cells are being activated. In rare cases skin infection may occur, which is easily treated with an anti-biotic.

#### Contraindications

You should not have PPP treatment done if you have any of the following conditions: Skin conditions and diseases including: Facial cancer, existing or uncured. This includes SCC, BCC and melanoma, systemic cancer, chemotherapy, steroid therapy, dermatological diseases affecting the face (i.e. Porphyria), Blood disorders and platelet abnormalities, Anticoagulation therapy (i.e.: Warfarin)  
Platelet dysfunction syndrome, critical thrombocytopenia, hypofibrinogenemia, haemodynamic instability, sepsis, chronic liver disease, Hepatitis or any acute or chronic infections.  
Aspirin, Anti-inflammatory such as Nurofen, Voltaren, Diclofenac, or Naproxen etc. ? St Johns Wort, Garlic,  
Are you currently taking, or have you recently taken (within 14 days) Vitamin E, or Fish Oil supplements that could have a thinning effect on your blood.

**In case of presence of any previously mentioned contraindications please mention it here**

**Or Ask the doctor if you are not sure or you have any questions.**

Patient's Name and Signature:

WESAM ODEH

اسم المريض / التوقيع

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

التاريخ: ... / ... / ...

#### وصف العلاج

يتضمن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينه من دم المريض تساري

تقريباً ( ١١ - ٢٢ ) مل.

ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام

سائل فاصل التفتيح بشكل خاص.

ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتخفيف الخلايا و إعادة

الانتعاش لها.

هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض.

إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي

المركز.

#### الاعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف الى المتوسط في المنطقة المعالجة. وقد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة، ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة التورمة اذا تطلب الأمر. من الممكن ان تشعر ببعض الحرق الخفيف بينما يتم تطبيق الخلايا. نادراً ما يصاحب العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضادات الحيوية.

#### موانع العلاج

- لا يجب ان تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية:  
الامراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير الخالية كسرطانات الخلايا الحشرية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغرية و السرطان الجداري و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الامراض الجلدية التي تصيب الوجه (مثل البروفيرا) امراض الدم و الخلل في الصفائح الدموية. علاج تخثر الدم (مثل الوراثة).
- متوفرة خلال الصفائح الدموية. نقص الحديد في عدد الصفائح الدموية. نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار تدفق الدم. حالات نقص الدموي. امراض الكبد المزمنة.
- تناول الاسبرين و مضادات الالتهاب كالتيربين و الستيرويدات و الستيرويدات و الباروكسيدين. او مستحضرات التجميل. او اذا كنت تتناول حالياً (خلال الاربعة عشر يوما المنسوب) مكملات غذائية مثل فيتامين E او زيت السمك الذي قد يؤدي الى ترقق الدم. هي حالة وجود احد موانع العلاج التي سبق تحريها فيجوز كتابة ذلك هنا

و اذا لم تكن متأكدًا أو كانت لديك أي استفسارات اسأل الطبيب المختص،



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,205.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008039)

Date:07-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004202 - WISAM 00. - 971554729270

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 2,205.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-03-2020

Being 3sessions prp + biotin + 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 : 1004202 - WISAM 00. - 971554729270

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008039)

Date:07-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004202 - WISAM 00. - 971554729270

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 07-03-2020

Being 1 session prp + biotin + 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 : 1004202 - WISAM 00. - 971554729270

---

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-008041

**RECEIPT VOUCHER**

AED 2,205.00

Date: 07-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004202 - WISAM 00. - 971554729270**The sum of Dhs. **Two Thousand Two Hundred Five Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **2,205.00** (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 sessions prp + biotin + 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](mailto:info@omc1.ae)[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009362)

Date:13-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004202 - WISAM 00. - 971554729270

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 13-06-2020

Being **prp with biotin + 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 : **1004202 - WISAM 00. - 971554729270**

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

[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)