



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: / /

Date: ... / ... /

File Number: ١٥٥٤٢٥٦

Patient Name: Mr. KALID SOAHIMAX المكي

Date Of Birth ١٩/٤/١٩٩٦ (تاريخ الميلاد) M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية) معسر

Nationality (الجنسية) صوفيا Occupation (الوظيفة) صوفيا

Address (العنوان) شارع ٥٥٥٩٨٩١٨٥٥٨

E-MAIL: Kalids.m@hotmail.com Phone No. (رقم الهاتف) ٥٥٥٩٨٩١٨٥٥٨

How did you know about us:

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

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 المعول.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أفهم 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 نتائج للعلاج 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 أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى 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 قمت به لدى فتحني الملف صحيحة و أتفهم إن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و إن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و أنني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و أنني وقعت عليه بكامل إرادتي

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

الطبيب

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): 78 Kg	Height (الطول): 180 cm	Blood Type (نمط الدم): O+
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (ضغط الدم): /	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، أبحاث للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظمي 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 هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟

Always Burned , little tanned
 Always Burned, Never Tanned
 Little Burned, Always Tanned
 Rarely Burned, Always Tanned

هل ظهرت لديك علامات ندوب أو جدره؟ نعم لا

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

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

هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجاليكوليك أو الهيدروكورتون في منطقة العلاج؟ نعم لا

هل قمت بتنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم لا

هل كانت أخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم لا

هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم لا

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

هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم لا

هل أنت حامل؟ نعم لا

هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم الوجه؟ 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

19/3/20

أقر أنا مركز أوركييد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركييد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور. وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعطل قدرتها على انماء الشعر. وأتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والقيام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكي و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية:
 - لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
 - يجب تقاري إزالة الشعر بالشمع أو التلق قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
 - الوشم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
 - يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات والحساسية ونوع 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 يحدثه 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 والتشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدمم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
 أقر أنه قد أتيت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. و اني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمرني في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الإسم و التوقيع

التاريخ

..... / /

Patient's Name: Ms. Khalida اسم المريض

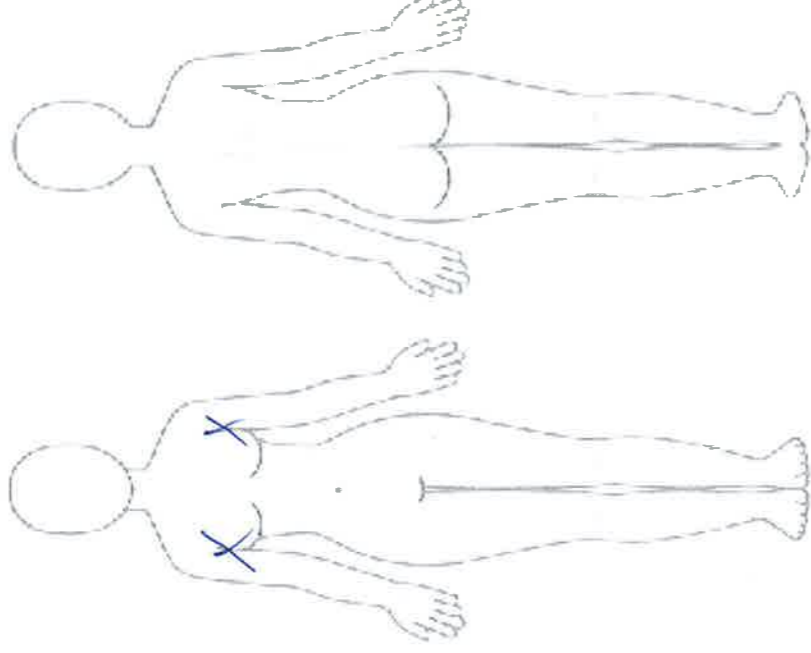
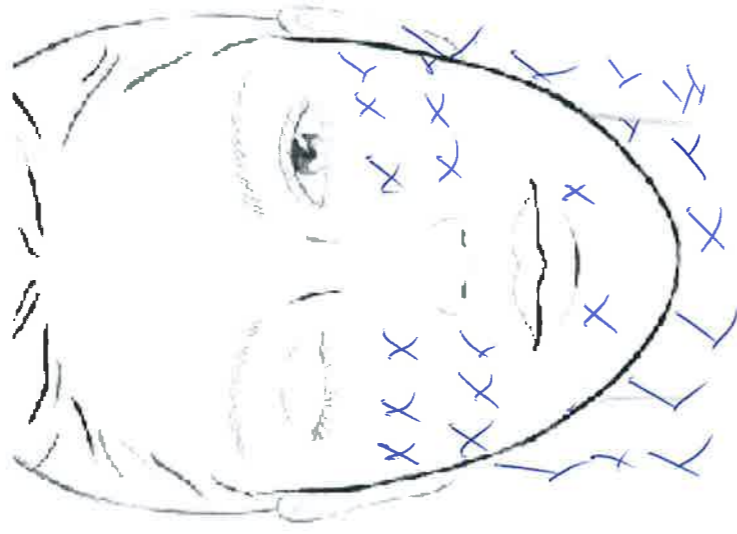
File Number: رقم الملف

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No

1004d56



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	13/3/20.	01-07-20				
Treatment Area	Beard + Neck L.A	Beard, neck, U.A Tuck / bikini				
Hair Type						
Mode	NO YAG AD	TRC-16				
Fluence	20/20AS.	18/18				
Pulse Type	CPA NO YAG.	19/18				
CNT Pulse	14/18ms.	1 pass				
Passes						
Starting Time	1 Pass	4:50 PM				
Finish Time	Fluorocort Free	5:15 PM VITC				
Post Treatment						

Puld redness RA complete before laser.
Therapist Name and Signature Redvised Jucicant

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Khaled,Sulaiman,Salem,Sulaiman,Almeqbali	IDN:	784199646432874	Mother Name:	Fayza abdo
Name (Ar)	خالد سليمان سالم سليمان المقبالي	Card Number:	087316323	Mother Name (Ar):	فايزة عبده
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	301028250
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	24/01/2018	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	24/01/2028	Date of Birth:	12/04/1996	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:		Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

3/13/2020



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008145)

Date:13-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004256 - KHALID 00. - 971559222145

The sum of Dhs. **One Thousand Fifty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,050.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 13-03-2020

Being for **6 sessions beard + 6 sessions under arms + 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 : 1004256 - KHALID 00. - 971559222145

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