



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: / /

Date: 16/03/2020

File Number: 1004768

Patient Name: Hiba

اسم المريض: هبة الله محمد عبدالقادر محمد علي

Date Of Birth: / /

Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): سورية

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): الدوحة

Phone No. (رقم الهاتف):

E-MAIL:

How did you know about us:

Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثة؟		—	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟		—	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		—	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		—	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		—	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟		—	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	انيميا (نقر الدم)، لوكميا (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 لمنع 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 HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ 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: ... / ... /

محمد بن محمد

نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و الموعول.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الافضل و الخدمة الافضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أجراء مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الاجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر انه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الاجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي. كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة الفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم 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 فحسي 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 الاقرار 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: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نوعية الدم):	
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 ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعوي 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

.....

مُرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟ How do you better describe your skin Type	<input type="checkbox"/> دائماً الاحترق , little tanned <input type="checkbox"/> دائماً الاحترق , Never Tanned <input type="checkbox"/> قليلاً الاحترق , Always Tanned <input type="checkbox"/> نادراً الاحترق , Rarely Tanned
هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جيرة؟ نعم / لا Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	لا / نعم / لا
هل تظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/No	لا / نعم / لا
هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinon on Site? Yes/No	لا / نعم / لا
هل قمت بتق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	لا / نعم / لا
هل قمت بتق آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ Did you get exposed to sun or got tanned lately?	لا / نعم / لا
هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	لا / نعم / لا
هل لديك أي وتشمع / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا Do you Have any tattoos on site? Yes / No	لا / نعم / لا
هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	لا / نعم / لا
ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حالياً؟ What products you are using for your skin recently?	لا / نعم / لا
هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	لا / نعم / لا
السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	لا / نعم / لا
هل قمت سابقاً بإجراء كعلاج دائم للوجه؟ نعم / لا Have you done any permanent make up? Yes / No	لا / 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 air 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 المؤقت به في مركز أوركيد الطبي بالشارقة بإجازة الليزر المتوفرة.

و أتفهم 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.

و أتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتق و التفت و الكريما و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني أخبرت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تقيمت بالتعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و الكعاج 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 و أي عقاقير تخففهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

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

الأعراض الجانبية

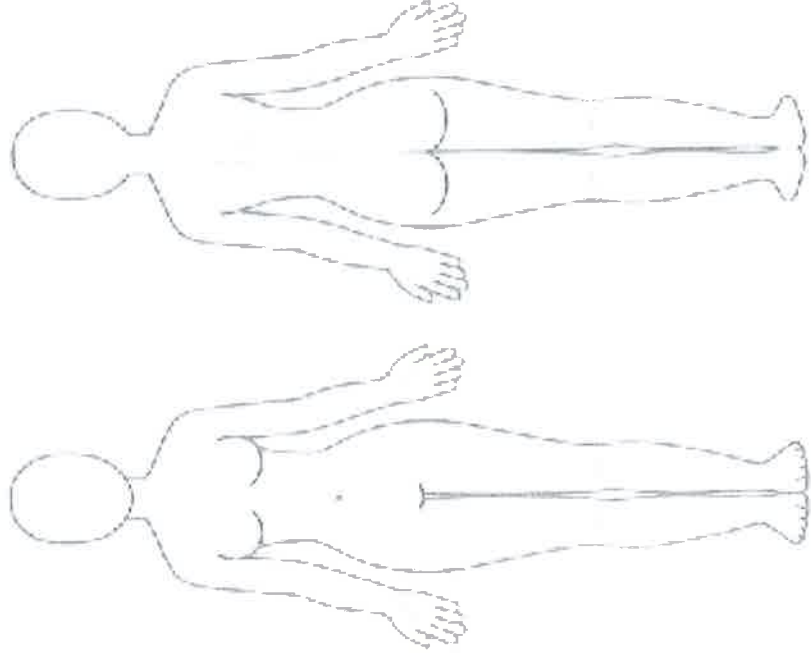
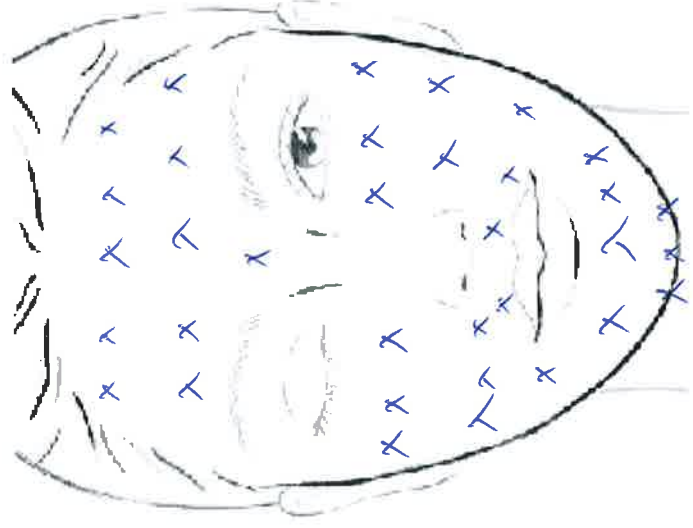
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نفس

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 أنه قد أتيت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. و إنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوعي السن القانوني.

الاسم و التوقيع
.....
التاريخ
...../...../.....

Patient's Name: Alaba :اسم المريض
 File Number: :رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No :تخفيف الألم
 Evaluation and consent form completed? Yes / No :تقييم و الموافقة
 Pretreatment photography taken? Yes / No :التصوير قبل العلاج



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	16/03/20	13/6/20				
Treatment Area	face	full face				
Hair Type	Med/Soft	MID				
Fluence	Alex: 16	Alex: 20				
Pulse Type	97/15-12	9/15 ms				
CNT Pulse						
Passes						
Starting Time	4pm	3:30pm				
Finish Time						
Post Treatment	H1R0D0D	H1med0d				

[Handwritten Signature]

Therapist Name and Signature

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO

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	Hebatalia,Mamdouh,Abdelhady,Hassan,Ghazal	IDN:	784199149591747	Mother Name:	
Name (Ar)	هبة الله محمود ج. عبد الهادي حسن. غزال	Card Number:	097323917	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	11/11/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	03/11/2022	Date of Birth:	28/12/1991	Sponsor Name:	السيد احمد السيد نصر الدين
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	23621564
Residency Type:	03	Residency Number:	30120163034735	Residency Expiry:	03/11/2022
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

هبة الله محمود ج. غزال

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

3/16/2020