





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 احترق , little tanned <input type="checkbox"/> دائماً احترق , Never Tanned <input type="checkbox"/> قليلاً احترق , Always Tanned <input type="checkbox"/> نادراً احترق , دائماً الاحمرار <input type="checkbox"/> نادراً احترق , دائماً الاحمرار
هل ظهر لديك حلا بسيط أو بقع أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	<input checked="" type="checkbox"/> نعم / لا <input type="checkbox"/> لا / نعم
هل تناولت عقار الكيتوان / الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا Have you Taken Akutan or isotretinone in the last 6 months? Yes/ No	<input checked="" type="checkbox"/> نعم / لا <input type="checkbox"/> لا / نعم
هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكويون في منطقة العلاج؟ Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquonon on Site?Yes/ No	<input checked="" type="checkbox"/> نعم / لا <input type="checkbox"/> لا / نعم
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	<input checked="" type="checkbox"/> نعم / لا <input type="checkbox"/> لا / نعم
هل كنت آخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تشمير؟ Did you get exposed to sun or got tanned lately? .....	<input checked="" type="checkbox"/> نعم / لا <input type="checkbox"/> لا / نعم
هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	<input checked="" type="checkbox"/> نعم / لا <input type="checkbox"/> لا / نعم
هل لديك اي وشعوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا Do you Have any tattoos on site? Yes / No	<input checked="" type="checkbox"/> نعم / لا <input type="checkbox"/> لا / نعم
هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	<input checked="" type="checkbox"/> نعم / لا <input type="checkbox"/> لا / نعم
ماهي المنتجات التي تستخدمها ليغثرت حالياً؟ What products you are using for your skin recently? .....	<input checked="" type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/> ...
هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	<input checked="" type="checkbox"/> نعم / لا <input type="checkbox"/> لا / نعم
هل انت حامل؟ نعم / لا For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	<input checked="" type="checkbox"/> نعم / لا <input type="checkbox"/> لا / نعم
هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا Have you done any permanent make up? Yes / No	<input checked="" type="checkbox"/> نعم / لا <input type="checkbox"/> لا / نعم

I ..... hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Shafjah 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 المتوفر.

أنتفهم 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 إنهاء الشعر. وأتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتف و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتشمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتف قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشموم 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 الكيتوان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

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

الأعراض الجانبية

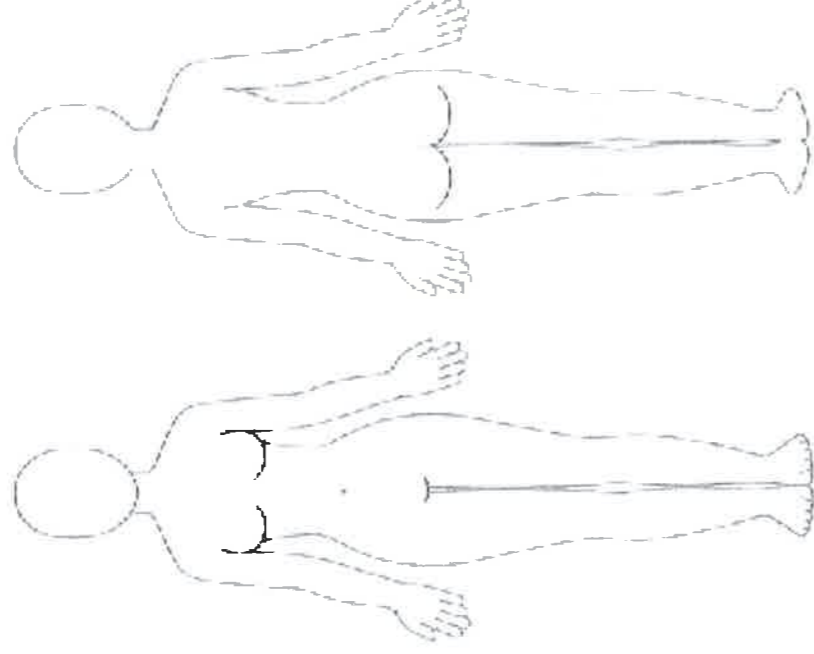
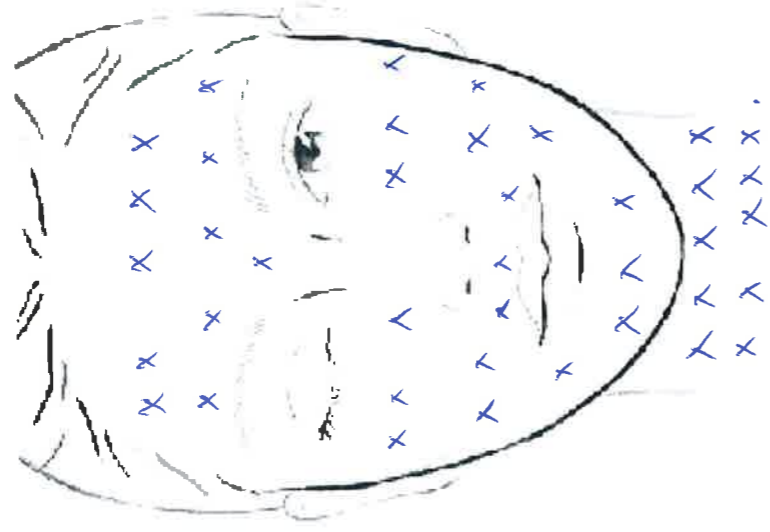
قد تتعرض الأعراض الجانبية احرار البشرة بما يشبه الحروق و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدمر في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع  
 نسور...  
 التاريخ

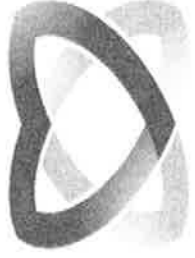
٢٠٢٤/٣/١٤

Patient's Name: ..... *Nawha* ..... :اسم المريض  
 File Number: ..... :رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No ..... *1.00430.1* ..... :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	<i>24/03/20</i>					
Treatment Area	<i>Face + Neck</i>					
Hair Type	<i>Soft</i>					
Mode	<i>Alex</i>					
Fluence						
Pulse Type	<i>85/10.5ms</i>					
CNT Pulse						
Passes	<i>1</i>					
Starting Time	<i>7:45 pm</i>					
Finish Time						
Post Treatment	<i>FUCIDINH</i>					

Therapist Name and Signature .....



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008284)

Date:24-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004301 - norhan 000 - 971504873035

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 210.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-03-2020

Being 1 SESSION FULL FACE + NECK + 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 : 1004301 - norhan 000 - 971504873035

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 630.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008283

Date: 24-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004301 - norhan 000 - 971504873035

The sum of Dhs. Six Hundred Thirty Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 630.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

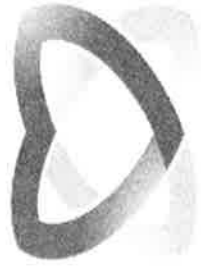
Bank: Cheque No. Date:

being ADVANCE FOR 4 SESSIONS CARBON + 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 أوركيڤد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008391)

Date:02-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004301 - norhan 000 - 971504873035

The sum of Dhhs. **One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **157.50**

Bank: Cheque No.

Date: 02-04-2020

Being **CARBON LASER + 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 : 1004301 - norhan 000 - 971504873035

---

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

## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا د. هوراء مكي عدي بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج

هو احد الاستطبات لإعادة التقشير الكروني باستخدام لوشن الكرونو يتبعه التقشير بالليزر • جهاز ليزر ال Q-Switch باستخدام

خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم , علاج التجاعيد ,ضارة البشرة , وعلاج علامات التقدم بالسن بالسن وحالات أخرى), تحسين ملمس البشرة , علاج حب الشباب ,احمرار الجلد ,إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب), الندوب التي تتبع إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح 3-5 جلسات معصمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات ,الحبوب, توسع مسامات الجلد ,مراجعة كل 3-6 اشهر

يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكربون, بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر •  
لوشن الكربون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف

.إزالة الوشم بالليزر .

.الأورام الصغية .

.تقشير الشعر .

الإضافر(الوضع فطريات إزالة A).

ببر إزالة الكلف (الوضع M).

:مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن

.تتكون عقار الأيسوترتينوين (الأكوتان) خلال ال6 اشهر الماضية .

.الحمل والرضاعة .

.الأمراض الجلدية والالتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج .

.مشاكل في الجهاز المعاعي .

.الإصابة بالإنزيم والتهاب الكبد الوبائي .

(ضعف الشفاء)تكون الندوب الجلدية .

.النهاق .

درجة التحسن بعد اتقهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوحة لن تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضائي عن عدة جلسات

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى انتهاء خطة العلاج, و انا اتقهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي للليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي الواردة العلاج.وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات بالكامل

أتقهم ان كما هناك منافع للإجراء المطلوب, اتقهم ان الإجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الاثتام, ماعدا التقشير الناعم الذي





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008684)

Date: 04-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004301 - norhan 000 - 971504873035

The sum of Dhs. One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 157.50

Bank: Cheque No.

Date: 04-05-2020

Being CARBON LASER + 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 : 1004301 - norhan 000 - 971504873035

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

صحة... إنسانة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

File No: .....

Date: / /

Date 29/3/2020

File Number: 1024301

Patient Name: Naamah

إسم المريض: نوحه

Date Of Birth 19/9/99

Gender : M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): مصرية

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 0545171050

E-MAIL: elmadany@gmail.com

How did you know about us: 0504843035

التاريخ الطبي Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition		
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	✓	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطى 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 تعاطى أي مسيلات للدم؟	✓	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	✓	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	✓	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	✓	نعم
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، 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 السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	✓	
Other conditions HIV, HSV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا السبب...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: ... / ... / .....

### نموذج اقرار طبي

أوافق وأسبح الطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.

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 أموراً مختلفة عن ما ذكر 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 و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات 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 الألم 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 قدمت لي فسخي الملف صحياً و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه ب كامل ارادتي

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

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

التاريخ: ... / ... / ...

## Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg (الوزن (كجم))  
Pulse (النبض): ppm (النبض (دقات في الدقيقة))  
Height (الطول): cm (الطول (سم))  
Blood Pressure (مغظ الدم): / (مغظ الدم (مم زئبق))  
Blood Type (مصلحة الدم): (مصلحة الدم)  
Blood Sugar (مسكر الدم): (مسكر الدم)

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

## Disease History التاريخ المرضي

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظم 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  
.....



مركز أوركيڤد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009343)

Date:11-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004301 - norhan 000 - 971504873035

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **157.50**

Bank: Cheque No.

Date: 11-06-2020

Being **1 session carbon + 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 : **1004301 - norhan 000 - 971504873035**

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