



File No:

Date: 5/4/2020

Date: ... / ... /

File Number: 1004348

Patient Name: Noor Tarboosh

Date Of Birth: 18/4/1987

Nationality: سورية

Address: البشارية

E-MAIL: b.abay.noor@icloud.com

اسم المريض: نورا ترבוوش

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Sales

Occupation: Sales

Phone No. (رقم الهاتف): 0527944472

How did you know about us:

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

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 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 ترويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف 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 الطبية.

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

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات و الإجراءات الجراحية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالتهاب أو التورم أو اليريق أو الالم أو الحساسية

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

أقر ان كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فحسي الملف صحبة و تفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر ان 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 دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استشارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg Height (الطول): cm Blood Type (دمية الدم):
Pulse (النبض): ppm Blood Pressure (دمية الضغط): / Blood Sugar (دمية السكر):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة . ادخال للمستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (دوائير): Y / N

الملاحظات العامة والسيرية 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

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عميمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات لدوب أو جيرة؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل ظهر لديك حلا البسيط أو بشر أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydrocuenon on Site? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوترينين أو هيدروكويون أو الهيدروكويونين في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منطة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately?	هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?.....	ماهي المنتجات التي تستخدمونها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا 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

Noor

Date
... / ... /

التاريخ
..... / /

أقر أنا مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر. وأتفهم 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 إتمام الشعر. وأتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و أذني على علم كامل بكافة البرقية لإزالة الشعر كالحلق والتفك والكريمات وإزالة الشعر بالشع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر. أقر بأنني قد تفقت التعليمات التالية:

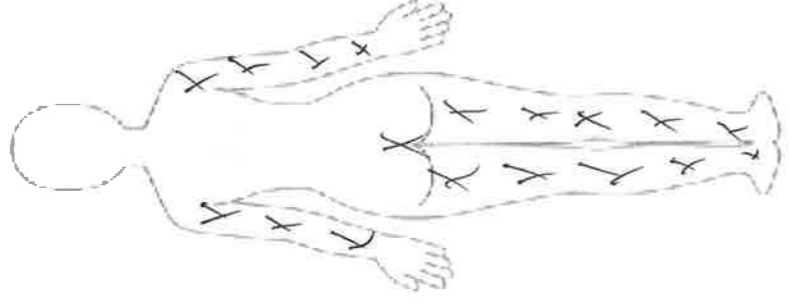
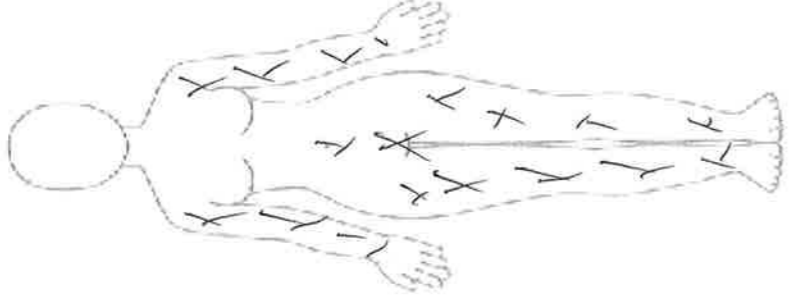
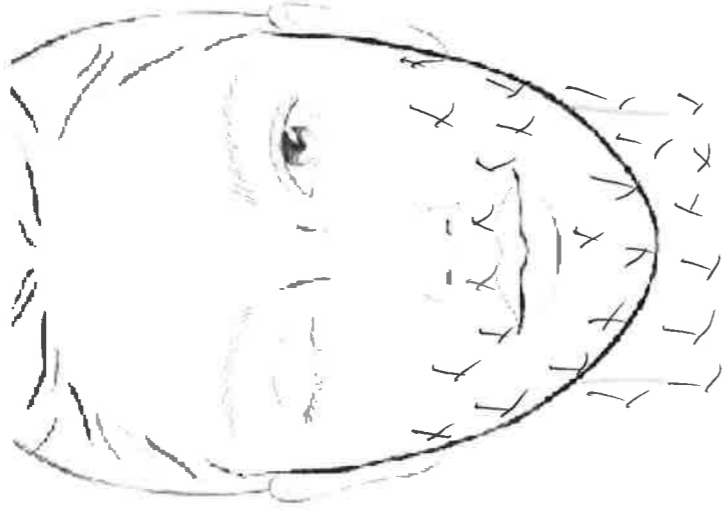
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشع أو التفتق قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والحساسية ونوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تشعهم 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 و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. تضم أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و يصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد اتبعت لمي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة الي المعالج المختص و أتني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار. أو قد تمت قرائته لي. و إنني تجاوزت القائمة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

Patient's Name: **Alon Tarboosh** :اسم المريض
 File Number: :رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No **1004348**



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

Treatment Date **6.4.20**
 Treatment Area **full body**
 Hair Type **soft (m/d)**
 Mode **Alex 20**
 Fluence **710-12ms**
 Pulse Type
 CNT Pulse **Bikini - 14/12ms**
 Passes **20 YAG**
 Starting Time **face 15:17ms**
 Finish Time
 Post Treatment **Arnica**

Alon

Therapist Name and Signature

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO'

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	Noor, Yousef,, Tarboush	IDN:	784198773975721	Mother Name:	
Name (Ar)	نور يوسف ,، طربوش	Card Number:	093414562	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		الجنسية العربية السورية			
Issue Date:	03/03/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	27/02/2021	Date of Birth:	18/04/1987	Sponsor Name:	فن فاشون امارات - فن ذ م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120152048699	Residency Expiry:	27/02/2021
ID Type:	IL	Occupation:	5220	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

4/5/2020



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 630.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008405)

Date: 05-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004348 - NOOR TARBOOSH - 971547273666

The sum of Dhs. Six Hundred Thirty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 630.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 05-04-2020

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 : 1004348 - NOOR TARBOOSH - 971547273666

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