



File No:

Date: 6/4/2020

Date: 6/4/2020

File Number: 1004354

Patient Name: Zamina Zahid Shouib Ahmed

اسم المريض: M. Zahid

Date Of Birth: 12/14/1982 Gender: M / F

Marital Status: (الجماعية): Married

Nationality: (الجنسية): Pakistan

Occupation: Business

Address: Al Fardan Center, Al Khan

Phone No. (رقم الهاتف): 0506592669

E-MAIL: Zamina.zahid@gmail.com

How did you know about us:

Medical Condition	الحالة الطبية	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 تلقي أي علاجات حديثة؟		No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟		No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		No	
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 الدم؟		No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) لويميا (فقر الدم)، أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى		Yes Only	Anemia
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، 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؟		No	
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 الغدة الدرقية؟		No	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟		No	
HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا السيط		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 of 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: ٠٦/٠٥/٢٠٢٥



نموذج اقرار طبي

أوافق وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل 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 والعلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية والطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لناتج 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 للحوصات و الإجراءات الجراحية و الجراحية و العلاجية و التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو التزيف أو الألم أو الحساسية

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو التزيف 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 ان كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فتحي الملف الصحية و أتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكافية 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 (لن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمى الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (مضغ الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization

عمليات سابقة ، اذخال للمستشفى

Smoking (التبخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (معاظير) : 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

.....



يرجى 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"/> دائمة الاحترق , little tanned <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , Never Tanned <input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , Always Tanned <input type="checkbox"/> نادراً الاحترق , Rarely Tanned
هل ظهرت لديك علامات ندوب أو جيرة؟ نعم / لا Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	لا / لا
هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو قرحة في منطقة العلاج؟ نعم / لا Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	لا / لا
هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquoenon on Site?Yes / No	نعم / لا
هل قمت بنقف 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	نعم / لا
هل كنت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحلقة شمسية؟ Did you get exposed to sun or got tanned lately?	لا / لا
هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	لا / لا
هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا Do you Have any tattoos on site? Yes / No	لا / لا
هل تم تشخيصك سابقاً بأي مشاكل هرمونية؟ نعم / لا Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	لا / لا
ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها غيرتك حالياً؟ What products you are using for your skin recently?	لا / لا
هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	لا / لا
هل أنت حامل؟ نعم / لا For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	لا / لا
هل قمت سابقاً بإجراء كياج دائم للوجه؟ نعم / لا Have you done any permanent make up? Yes / No	لا / 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

التوقيع

Date

0.6/10.2022

أقر أنا مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور. وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر تعمل قدرتها على إنهاء الشعر. وأتفهم ان 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، وإني على علم كامل بكافة المبرق البنية لإزالة الشعر كالحلق والتف والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكي وإني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم والتاتو والكياج 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 تشتمهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

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

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق، ومن الممكن حدوث بعض التورم والتشققات. وهذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدوم في حال حدوثها، وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

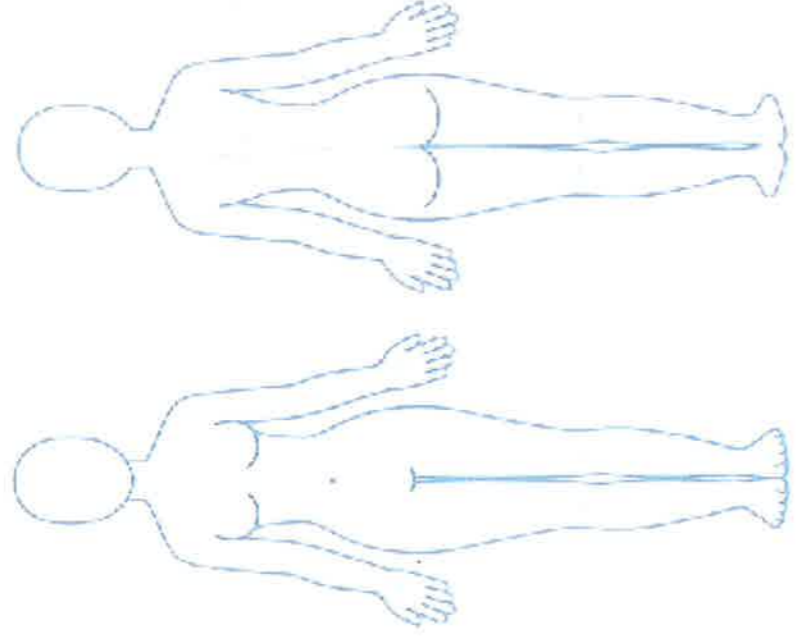
أقر أنه قد أتحت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص وأي قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي، وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري، وحصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوعي السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ

..... / ... /

Patient's Name: Zayma Zaid اسم المريض:
 File Number: رقم الملف:
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No 1004354



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	6/7/20	28/6/20				
Treatment Area	full face	full face				
Hair Type	thick	thick / ML				
Mode	ND YAG	ND YAG				
Fluence	13/18 mg	13/18 ms				
Pulse Type	12/2/1 ms	12/2/2 ms				
CNT Pulse	1 pass	1 pass				
Passes	6 pm	1 pm				
Starting Time	6 pm	1 pm				
Finish Time	Amelod	Amelod				
Post Treatment	Amelod	Amelod				

Therapist Name and Signature
[Signature]

United Arab Emirates

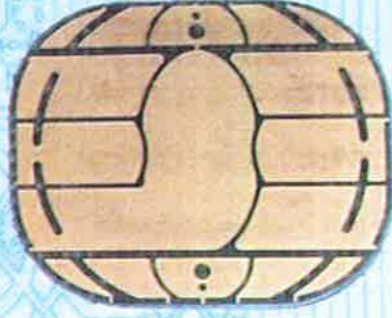
Resident Identity Card



دولة الإمارات العربية المتحدة
بطاقة هوية مقيم

ID Number / رقم الهوية

784-1982-0613987-9



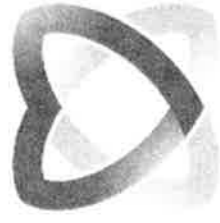
الاسم: زارمينا زاهد شوايب احمد

Name: Zarmina Zahid Shoaib Ahmad

الجنسية: باكستاني

Nationality: Pakistan





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008419

Date: 06-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004354 - zarmina zahid - 971504592669**The sum of Dhs. **Two Hundred Only**By Cash **200.00** / By Credit Card **0.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **advance for 6 sessions face laser + vat balance 325**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

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