



File No:

Date: 8 / 1 / 2020

Date: ... / ... /

File Number: 1004366

Patient Name: Mohamed Charante

اسم المريض: محمد شرنط

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 26/10/1994

Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية):

Occupation (المهنة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 2557451120

E-MAIL:

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
Medical Condition الحالة الطبية		
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	✓	
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 للدم؟	✓	
Anemia, Leukemia (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 مانع للحمل؟ هل تعاني 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 السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	✓	
Other conditions 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: ... / ... /

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 تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في القصة الأولى 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 تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية 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 ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو النزوم 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 قدمت لي فنيها السلف صحيحة و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الأطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار 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 : (الوزن)
Pulse (النبض): ppm : (النبض)
Height (الطول): cm : (الطول)
Blood Pressure (الضغط الدم): / : (ضغط الدم)
Blood Type (نوعية الدم): : (نوعية الدم)
Blood Sugar (سكر الدم): : (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 (تعاطي العقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

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	Mohamed,,,Charrate	IDN:	784199475362804	Mother Name:	
Name (Ar)	محمد,,,شراف	Card Number:	093161111	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	14/02/2019	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	12/02/2021	Date of Birth:	26/10/1994	Sponsor Name:	صلاون لعمسات بيروتيه للحلقة فرع 1
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	30120182155202	Residency Expiry:	12/02/2021
ID Type:	IL	Occupation:	5141	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

4/8/2020

Description of Treatment

This treatment involves the collection of your blood (approximately 11 - 22 ml), then your blood is spun down using a centrifuge to separate out the plasma and platelet portion using the separator gel as a special filter. The PPP portion of your blood is then used at the point of care to re-energize your cells into rejuvenating themselves. The product is 100% your own blood by-product (autologous). If you have any questions please do not hesitate to ask your physician or nurse.

Side Effects

you will likely experience mild to moderate swelling of the treated area, this will last for about 12- 24 hours; ice or cold compresses can be applied to reduce swelling if required. You may notice a tingling sensation while the cells are being activated. In rare cases skin infection may occur, which is easily treated with an anti-biotic.

Contraindications

You should not have PPP treatment done if you have any of the following conditions: Skin conditions and diseases including: Facial cancer, existing or uncured. This includes SCC, BCC and melanoma, systemic cancer, chemotherapy, steroid therapy, dermatological diseases affecting the face (i.e. Porphyria), Blood disorders and platelet abnormalities, Anticoagulation therapy (i.e.: Warfarin) Platelet dysfunction syndrome, critical thrombocytopenia, hypofibrinogenaemia, haemodynamic instability, sepsis, chronic liver disease, Hepatitis or any acute or chronic infections. Aspirin, Anti-inflammatory such as Neurofen, Voltaren, Diclofenac, or Naproxen etc.? St Johns Wort, Garlic,

Are you currently taking, or have you recently taken (within 14 days) Vitamin E, or Fish Oil supplements that could have a thinning effect on your blood.

In case of presence of any previously mentioned contraindications please mention it here

Or Ask the doctor if you are not sure or you have any questions.

Patient's Name and Signature:

Date: 8/4/2020

وصف العلاج

يتضمن العلاج باستئصال البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينه من دم المريض تساري تقريبا (١١ - ٢٢) مل.

ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام سائل فاصل التفتيح بشكل خاص.

ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و إعادة

النضارة لها.

هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض.

إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

الإعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف الي التوسط في المنطقة المعالجة. و قد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة، ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة المتورمة إذا تطلب الأمر. من الممكن ان تشعر ببعض الحكة الخفيف بينما يتم تنشيط الخلايا. نادرا ما يصاحب العلاج القباب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضادات الحيوية.

موانع العلاج

- لا يجب ان تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية:
- الامراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير الخالية كسرطانات الخلايا الحرشفية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغرية و السرطان الجهازي و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الامراض الجلدية التي تصيب الوجه (مثل البروفيريا) امراض الدم و الحثل في الصفائح الدموية، علاج حشر الدم (حذاء، الورددين)

- تناولة خلال الصفائح الدموية، نقص الماء في عند الصفائح الدموية، نقص في غيريفيجين الدم. عدم استقرار تدفق الدم، حالات التفتح الدموي، امراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.

- تناول الأسبرين و مضادات الالتهاب كالتايبروفين و الويتارين و الستيرويدات و التابروكسين. او مستحضرات التجميل. او اذا كنت تتناول حاليا (خلال الاربعة عشر يوما المنصرم) مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي الي ترقق الدم.

هي حالة وجود احد موانع العلاج التي سبق ذكرها يرجى كتابة ذلك هنا

اسم المريض / التوقيع

حضور نواط

التاريخ: ... / ... / ...



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,890.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008447

Date: 08-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004366 - MOHAMMED CHARRATE - 971557451120

The sum of Dhs. One Thousand Eight Hundred Ninety Only

By Cash **1,890.00** / 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 3 SESSIONS PRP WITH BIOTIN + VAT 1 SESSION DONE ON 8-4-2020**

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

www.omc1.ae

Handwritten in red:
~~08-10-2020~~
Paid Credit Card
Not Cash



مركز أوركيدي الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 630.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008448)

Date:08-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004366 - MOHAMMED CHARRATE - 971557451120

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 08-04-2020

Being PRP WITH BIOTIN + 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 : 1004366 - MOHAMMED CHARRATE - 971557451120

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008739)

Date:09-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004366 - MOHAMMED CHARRATE - 971557451120**

The sum of Dhs. **Seven Hundred Thirty-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **735.00**

Bank: Cheque No.

Date: **09-05-2020**

Being **PRP WITH BIOTIN+ 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 : **1004366 - MOHAMMED CHARRATE - 971557451120**

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-010147)

Date:15-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004366 - MOHAMMED CHARRATE - 971557451120**

The sum of Dhs. **Five Hundred Twenty-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **525.00**

Bank: Cheque No.

Date: **15-07-2020**

Being **PRP HAIR + 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 : **1004366 - MOHAMMED CHARRATE - 971557451120**

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