



File No: .....

Date: 8/4/2020

Date: ... / ... / .....

File Number: 10043368

Patient Name: Thani Al-Suwaidi

اسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1/6/71

Gender (الجنس): M F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): .....

Nationality (الجنسية): U.A.E. Occupation (الوظيفة): .....

Phone No. (رقم الهاتف): 0505655588

Address (العنوان): .....

How did you know about us: .....

E-MAIL: .....

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 تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Recent or current drugs/Medical Treatment		
هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant		
هل لديك أي حساسية؟	Allergies		
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	Surgical Operations, Serious illness		
جراحة قلب، التهاب رئوي، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease		
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants		
انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia		
امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other		
هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease		
هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems		
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases		
قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other		
هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes		
هل تعاني من أي امراض اخرى؟ فيروس الأبتزر، فيروس الحلا البسيط etc	Other conditions HSV, HIV...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 الموقر.
- 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 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 نتائج للعلاج 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 للعمليات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو اليرقان أو الالام 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 قدمته لي قد بقي للهدف صحفية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الأطلاع 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 ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (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

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
8/4/2020	Hair Transplant from 4 months PRP Hair (Biotin) next app: 9/5			
13/5/2020	PRP hair			
13/6/2020	PRP hair Next month			
15/11/2020	PRP + PRP			

د. وليم عمر الطباع  
 Dr. William Amer Al-Tabaq  
 MOH License No.: 558826  
 Orchid Medical Centre

د. بشار علي ديب  
 Dr. Bashar Alidib  
 اختصاصي امراض جلدية  
 Specialist - Dermatology  
 MOH License No.: 558826  
 Orchid Medical Centre

د. بشار علي ديب  
 Dr. Bashar Alidib  
 اختصاصي امراض جلدية  
 Specialist - Dermatology  
 MOH License No.: 558826  
 Orchid Medical Centre

د. بشار علي ديب  
 Dr. Bashar Alidib  
 اختصاصي امراض جلدية  
 Specialist - Dermatology  
 MOH License No.: 558826  
 Orchid Medical Centre

REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQxO1

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	Thani,Hamad,Thani,Saeed,Alsuwaidi	IDN:	784197118680863	Mother Name:	
Name (Ar)	ثاني محمد ثاني سعيد السويدي	Card Number:	086768797	Mother Name (Ar):	301016912
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	19/12/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	26/01/2027	Date of Birth:	01/06/1971	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	99	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 PRP 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 PRP 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 Nurofen, 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: \_\_\_\_\_



اسم المريض / التوقيع

Date: .... / ... / .....

التاريخ: .... / ... / .....

### وصف العلاج

يتضمن العلاج باستئصال البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينة 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

الشفرة 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.

### الاعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف الى المتوسط في منطقة العلاج. وقد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة التورمة إذا تطلب الأمر. من الممكن ان تشعر ببعض الحرق الخفيف بينما يتم تحضيق الخلايا. نادرا ما يصاحب العلاج التهاب 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 المعالجة كسرطانات الخلايا الحشرية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغرية و السرطان
- الجهازي و العلاج الكيميائي و العلاج بالستيرويدات و الامراض الجلدية التي تسبب الوبى (مثال البروفيريا). امراض الدم و الخلل في الصفائح الدموية. علاج تخثر الدم (مثال الوارفارين)

متلازمة حل الصفائح الدموية. القصور الحاد في عدد الصفائح الدموية. نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار تدفق الدم. حالات التشنج السريوي. امراض الكبد المزمنة.

تناول الأسبرين و مضادات الالتهاب كالتيروفين و الفيتارين و الستيرويدات و التابريكسين. او مستحضرات الفوم. او اذا كنت تتناول حاليا (داخل الاربعة عشر يوما الماضية) مكملات غذائية مثل فيتامين E او زيت السمك الذي قد يؤدي الى ترقق الدم. في حالة وجود احد موانع العلاج التي سبق ذكرها يرجى عتنية ذلك هنا

و اذا لم تكن متأكدًا او كانت لديك أي استفسارات اسأل الطبيب المختص.



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,890.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008452

Date: 08-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004368 - thani AL SUWAIDI - 971555655588

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**





مركز أوركيديك الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 630.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008453)

Date:08-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004368 - thani AL SUWAIDI - 971555655588

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 : 1004368 - thani AL SUWAIDI - 971555655588

---

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



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 630.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008818)

Date:13-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004368 - thani AL SUWAIDI - 971555655588

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: 13-05-2020

Being 1 prp + biotin + 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 : 1004368 - thani AL SUWAIDI - 971555655588

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,890.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-009400

Date: 13-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004368 - thani AL SUWAIDI - 971555655588

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 + biotin + 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 أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 630.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-010148)

Date:15-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004368 - thani AL SUWAIDI - 971505655588

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: 15-07-2020

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 : 1004368 - thani AL SUWAIDI - 971505655588

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