



File No: 1004511

Date: / /

Date: ... / ... / .....  
Patient Name: Rashid  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 16/9/1999 / Gender (الجنس): M / F  
Nationality (الجنسية): ...  
Address (العنوان): ...  
E-MAIL: CHAKO1969@HAMAIC.FR

File Number: 022UR6032  
اسم المريض: رشيد الرشيد  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): ...  
Phone No. (رقم الهاتف): 022UR6032

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

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



استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نمط 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 . ايجال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاقي 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:

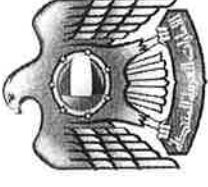
FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
9/5/2020	PRP hair	3000		
13/5/2020	PRP Beard			
	Newt 10/8/2020			

د. بشار آيدب  
Dr. Bashir Aiidib  
اختصاصي الأمراض الجلدية  
Specialist - Dermatology  
ترخيص رقم: D59826  
MCH License No.: D59826  
مركز أوركيد الطبي  
Orchid Medical Centre



الهيئة الاتحادية للهوية والجنسية  
FEDERAL AUTHORITY FOR IDENTITY & CITIZENSHIP



United Arab Emirates

إذن دخول إلكتروني - eVisa



0 2 4 0 1 2 0 2 0 0 2 0 0 1 6 6 2 4



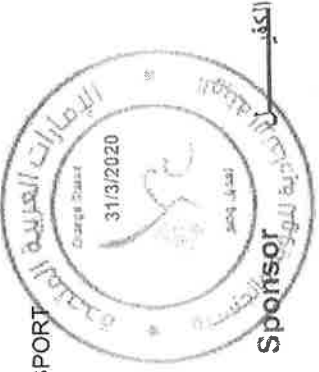
عمل

EMPLOYMENT

ENTRY PERMIT NO : 401 / 2020 / 2/0016624 : إذن دخول رقم  
Date & Place of Issue : 31/03/2020 : تاريخ ومحل الاصدار  
GENERAL DIRECTORATE OF RESIDENCY AND FOREIGN AFFAIRS : الإدارة العامة للإقامة وشؤون الأجنبيات - عجمان

U.I.D No : 388486608 : الرقم الموحد  
Allowed to enter U.A.E to : أجاز بدخول دولة الإمارات العربية المتحدة إلى الاسم بالكامل : رشيد الجديع

Full Name : RACHID AJDAE : الجنسية : المملكة المغربية  
Nationality : MOROCCO : محل الميلاد : فيس مدينا  
Place of Birth : FES MEDINA : تاريخ الميلاد :  
Date of Birth : 16/09/1994 : رقم الجواز : ZN6924515 / جواز سفر عادي / جواز سفر  
Passport No : ZN6924515 / ORDINARY PASSPORT : المهنة : موظف تسجيل ملفات  
Profession : FILING CLERK : العمر واقفسون  
Accompanied By :



Name : MALEK AL MUJANT L L C : الاسم : ملك المعجنات ذ م م  
Address : Per No : 41900 Tel No : 7410411 Mob No : 0505288835 P.O.Box : 17408 : العنوان

**Note** : The United Arab Emirates welcomes you and wishes you a happy stay. Please be sure to change your status or leave before the visa expires, so we can welcome you again

**تنبيه** : نرحب بك دولة الإمارات العربية المتحدة ونتمنى لك إقامة سعيدة، ويرجى التأكد من تعديل الوضع أو المغادرة قبل انتهاء فترة صلاحية التأشيرة لتتمكن من الترحيب بك مرة أخرى

Director of Entry & Residency Department

مدير إدارة أذونات الدخول والإقامة

Fees Paid

استوفيت الرسوم

You can verify this visa through the following link

يمكنك التأكد من صحة هذه التأشيرة عبر الرابط التالي:

<https://smartservices.ica.gov.ae/echannels/web/client/default.htm/#/fileValidity>



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-008743

RECEIPT VOUCHER

AED 500.00

Date: 09-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004511 - RASHID AJDAE - 971524126032

The sum of Dhs. Five Hundred Only

By Cash 500.00 / 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 BALANCE 1390

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](mailto:info@omc1.ae)[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



#### 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.

#### وصف العلاج

يتضمن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينة من دم المريض تساري

تقريباً ( ١١ - ٢٢ ) مل.

ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام

سائل فاصل للتفتيح 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.

#### الاعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف الى المتوسط في منطقة العلاج. و قد 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 تطبيق الخلايا. نادراً 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:

- الأمراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير العالمية كسرطانات الخلايا الحرشفية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغرية و السرطان الجلدي و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الأمراض الجلدية التي تصيب الوجه (مثل البروفيريا). أمراض الدم و العزل في الصفائح الدموية. علاج تخثر الدم (مثل الفارفارين)
- حائضه خلال الصفائح الدموية. نقص الحديد في عند الصفائح الدموية. نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار تدفق الدم. حالات التعفن الموضعي. أمراض الكبد المزمنة.
- التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.
- تناول الأسبرين و مضادات الالتهاب كالتورفين و الستيرويدات و النيكوتينات و المايفروكسين. أو مستحضرات الفم. أو إذا كنت تتناول حالياً (خلال الأربعة عشر يوما الماضية) كمادات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي الى ترقق الدم.
- في حالة وجود احد موانع العلاج التي سبق تحريها يرجى كتابة ذلك هنا

و اذا لم تكن متأكدًا أو كانت لديك أي استفسارات اسأل الطبيب المختص،

Patient's Name and Signature:

اسم المريض / التوقيع  
RACHMO

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

التاريخ: 12.12.2022



I understand that due to the natural variation in quality of Platelet rich plasma, results will vary between individuals. I understand that although I may see a change after my first treatment; I may require a series of up to 6 sessions to obtain my desired outcome. The procedure and side effects has been explained to me including alternative methods; as have the advantages and disadvantages. I am advised that though good results are expected, the possibility and nature of complications cannot be accurately anticipated and that, therefore, there can be no guarantee as expressed or implied either as to the success or other result of the treatment. I am aware that the PRP treatment is not permanent as natural degradation will occur over time.

I authorize Dr. .... from Orchid Medical Center, perform the injection of PRP (Platelet Rich Plasma) for rejuvenation. This consent form will be valid for up to 6 applications of PRP, after which time I may be asked to compete a new form. I state that I have read (or it has been read to me) and I understand this consent and I understand the information contained in it. I have had the opportunity to ask any questions about the treatment including risks or alternatives and acknowledge that all my questions about the procedure have been answered in a satisfactory manner and that all blanks were filled in prior to my signature and I had the right to refuse the treatment. **THIS CONSENT FORM IS VALID UNTIL ALL OR PART IS REVOKED BY ME IN WRITING.** When completing the medical questionnaire, I have answered the personal medical history questions fully and to the best of my ability.

Patient's Name and Signature:

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

أنتقم أن نتائج هذا العلاج قد تتفاوت من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية.  
و أنتقم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من بعد جلسة العلاج الأولى قد أحتاج حتى ٦ جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

أقر بأن هذا الإجراء الطبي و آثاره الجانبية و بدائله الممكنة و منافعه و مضاره قد شرحت لي بشكل كامل.  
و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المضاعفات و طبيعتها بدقة. و بالتالي، لا توجد أي ضمانات واضحة أو ضمنية لنجاح هذا العلاج أو أي نتائج أخرى.  
أدرك أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجاً دائماً لأن التراجع الطبيعي سوف يحدث مع الوقت.

أفوض الدكتور ..... من مركز أوركيد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لإعادة التضاريف. و ان هذا الإقرار و التفويض سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قائمة.  
و أنني قد أحتاج لتوقيع إقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الإقرار بالكامل (أو قد تمت قرأته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.  
و إنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الأخطار و الأعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له. و أن جميع أسئلتي قد أجيببت بشكل كامل و وافي و أن جميع الاجابات التي ضمنيتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملؤها قبل توقيعني أدناه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

ان هذا الإقرار صالح بالكامل حتى أغيه كاملاً أو جزئياً و بخط اليد.

أقر أنني قد ملأت استمارة الاستشارة الطبية و شرحت تاريخي الطبي بشكل كامل و بكامل إرادتي.

اسم المريض / التوقيع



التاريخ: ١٤/٤/٢٠٢٤



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00

**RECEIPT VOUCHER**

No: REC-008800

Date: 13-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004511 - RASHID AJDAE - 971524126032

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 3 sessions prp + biotin + vat balance 1190

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)