



File No:

Date: 11 / 5 / 2020

Date: ... / ... /
Patient Name: Suzan Mahgoub File Number: 1001520
اسم المريض:
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 13/8/1981 Gender (الجنس): M / F Marital Status:(الحالة الاجتماعية): Married
Nationality (الجنسية): Saudi Occupation (الوظيفة):
Address (العنوان): Al.Mahgoub St. - Jeddah Phone No. (رقم الهاتف): 9502661634
E-MAIL: Suzanmahgoub@gmail.com How did you know about us: Facebook

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى 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) ، لوكيميا	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، 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 ، 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 السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	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 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 العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعهدات لتتفاد 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 أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو التورم 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 قد بقي 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 أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و أنني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و أنني وقعت عليه بكامل إرادتي.
- أنا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (لن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

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 الأفضل 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 العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات أو تأمين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الإخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للعمليات و الإجراءات الجراحية و العلاجية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم أو الحساسية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي بعضها مقابل الخدمة الجراحية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فتمحي الملف صحيفه و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية سيقبى 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: ١١... / ٢٠٢٠

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (الطنن): Weight	Kg	الطول (الطول): Height	cm	نوعية الدم (نوعية الدم): Blood Type
النبض (النبض): Pulse	ppm	ضغط الدم (ضغط الدم): Blood Pressure	/	سكر الدم (سكر الدم): Blood Sugar

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (التدخين): Y / N
Smoking

التدخين الكحولي (الكحول): Y / N
Alcohol

العقاقير (العقاقير): Y / N
Drugs

الملاحظات العامة والسريية 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	Suzan Mahigoub,,,Osman Magzuob	IDN:	784198137927939	Mother Name:	
Name (Ar)	سوزان محجوب,,, عثمان مجزوب	Card Number:	094013044	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SDN	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	السودان		
Issue Date:	08/04/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	03/04/2022	Date of Birth:	13/12/1981	Sponsor Name:	بلكر عبدالرحمن حسن عبدالخفيظ
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	818224
Residency Type:	03	Residency Number:	30120103003935	Residency Expiry:	03/04/2022
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

5/11/2020

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا Suzan Mahgoub بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لاجراء العلاج

هو احد الإستعدادات لإعادة التقشير الكريوني باستخدام لوشن الكريونو يتبعه التقشير بالليزر • جهاز ليزر ال Q-Switch باستخدام

خطوط الوجه والشندوذ الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم , علاج التجاعيد بضارة البشرة , وعلاج علامات التقدم بالسن ياسن وحالات أخرى), تحسين ملمس البشرة , علاج حب الشباب احمرار الجلد , إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب), الثوب التي تتبع إزالة او تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام يوصح 3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات , الحبوب, توسع مسامات الجلد ,مراجعة كل 3-6 اشهر

يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكريون, بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بالإضافة التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر • لوشن الكريون مما يستهدف الأصبغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف

.إزالة الوشم بالليزر .

.الأورام الصبغية .

.تقشير الشعر .

الاصفر(الوضع فطريات إزالة .A)

ببر إزالة الكلف (الوضع .M)

:مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن

تناول عقار الأيسوتريتينون (الأكروتان) خلال ال6 اشهر الماضية .

.الحمل والرضاعة .

.الأمراض الجلدية والإتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج .

.مشاكل في الجهاز المناعي .

.الإصابة بالإيدز و التهاب الكبد الوبائي .

(ضعف الشفاء(كون الندوب الجلدية .

.البهاق .

درجة التحسن بعد أقتهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوحة لن تتحقق بعد الجلسة الاولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن عدة جلسات

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى انهاء خطة العلاج, وانا اقفهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي للليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي الواردة العلاج.وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات بالكامل

أقفهم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب, اقفهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/الانتانم,ماعدا التقشير الناعم الذي



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-008769

RECEIPT VOUCHER

AED 315.00

Date: 11-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004520 - SUZAN 000 - 971502661634**The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen Only**By Cash **315.00** / 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 carbon + vat balance 630**.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 أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008770)

Date:11-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004520 - SUZAN 000 - 971502661634

The sum of Dhs. One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 157.50

Bank: Cheque No.

Date: 11-05-2020

Being carbon laser + 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 : 1004520 - SUZAN 000 - 971502661634

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

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا Suzan Malgout بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج

هو احد الإستخدامات لإعادة التقشير الكريوني باستخدام لوشن الكريونو يتبعه التقشير بالليزر • جهاز ليزر ال Q-Switch باستخدام

خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع الحمراء والنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالقدم , علاج التجاعيد بضارة البشرة, وعلاج علامات التقدم بالسن بلس وحالات أخرى), تحسين لمس البشرة ,علاج حب الشباب ,احمرار الجلد , إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب), الندوب التي تتبع إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح 3-5 جلسات معظمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات ,الجوب, توضع مسامك الجلد بمراجعة كل 3-6 اشهر

يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكريون, بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر • لوشن الكريون مما يستهدف الأصبغ الأشعرا في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف

. إزالة الوشم بالليزر .

. الأورام الصغية .

. تقشير الشعر .

الإصافر(الوضع فطريات إزالة A.)

ببر إزالة الكلف (الوضع M.)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكوتان) خلال ال6 اشهر الماضية .

. الحمل والرضاعة .

. الأمراض الجلدية والإتهابات و الأورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج .

. مشاكل في الجهاز المناعي .

. الإصابة بالليزر والتهاب الكبد الوبائي .

. (ضعف الشفاء)كون الندوب الجلدية .

. البهاق .

درجة التحسن بعد أفتهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوحة أن تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن عدة جلسات

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى انتهاء خطة العلاج, و انا أفتهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي لليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد هنا لما بعد العلاج والعلية بالبتيرة التي شرحت لي الوارده العلاج.وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات بالكامل

أفتهم ان كما هناك منافع للإجراء المطلوب, أفتهم ان الإجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/الانتقام, ماعدا التقشير الناعم الذي



مركز أوركيك الطبية
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008943)

Date:21-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004520 - SUZAN 000 - 971502661634

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **157.50**

Bank: Cheque No.

Date: 21-05-2020

Being **1 session carbon + 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 : 1004520 - SUZAN 000 - 971502661634

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 630.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008942

Date: 21-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004520 - SUZAN 000 - 971502661634

The sum of Dhs. **Six Hundred Thirty Only**

By Cash **630.00** / 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 4 sessions carbon + 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**
www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 630.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008942

Date: 21-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004520 - SUZAN 000 - 971502661634

The sum of Dhs. **Six Hundred Thirty Only**

By Cash **630.00** / 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 4 sessions carbon + 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
www.omc1.ae