



File No:

Date: 2024/ 5/14

Date: ... / ... /
Patient Name: **Abbas Majid** File Number: **10045555**
إسم المريض: **عبدالله ماجيد**
Date Of Birth: **10/1/1981** (تاريخ الميلاد) : M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): **متزوج**
Nationality (الجنسية): Occupation (الوظيفة):
Address (العنوان): Phone No. (رقم الهاتف): **0543119309**
E-MAIL: **hassan.976@hotmail.com** How did you know about us: **from internet**

| التاريخ الطبي Medical History | | |
|---|--------------------|---|
| الحالة الطبية Medical Condition | 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 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؟ | نعم | خطأ |
| 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 تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | لا | مانع حمل |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي 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 فيروس الإيدز، فيروس الحلا السبب...etc | لا | |



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 وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي 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 يكثف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نذكر في الفحص الأولي والتي 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 تعين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي. كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى 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 فحسي للملف صحية، و اتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع 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): Pulse (النبض): | Kg ppm | Height (الطول): Blood Pressure (ضغط الدم): | cm / | Blood Type (نوعية 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 , ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعوي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO

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 | Abeer Majid,Taha,,Alsaleemi | IDN: | 784199484042439 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | عبيير ماجيد طه,,السليمي | Card Number: | 089664215 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | IRQ | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | العراق | | |
| Issue Date: | 25/06/2018 | Sex: | F | Sponsor Type: | 03 |
| Expiry Date: | 20/06/2021 | Date of Birth: | 10/01/1994 | Sponsor Name: | عبدالرحمن احمد عيالله محمد |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 0106822743 |
| Residency Type: | 03 | Residency Number: | 20120183280105 | Residency Expiry: | 20/06/2021 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 10 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

5/14/2020

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا عيسى صالح بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج

هو أحد الإستمطبات لإعادة التفتير الكروني باستخدام لوشن الكرونو تبعه التفتير بالليزر • **جهاز ليزر الـ Q-Switch** باستخدام

خطوط الوجه والشفوذ الصبغي (البقع الحمراء والبيضاء غير المرغوب بها والمرتبطة بالقدم , علاج التجاعيد بضارة البشرة , وعلاج علامات التقدم بالسن بلس وحالات أخرى), تحسين ملمس البشرة , علاج حب الشباب , احمرار الجلد , إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب), التوب التي تتبع إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح بـ3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات , الحبوب , توسيع مسامات الجلد ,مراجعة كل 3-6 اشهر

يقوم الجهاز بالتفتير بدون استخدام لوشن الكرونو, بينما التفتير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة التفتير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر • لوشن الكرونو مما يستهدف الأصبغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح بـ6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف

. إزالة الوشم بالليزر .

. الأورام الصبغية .

. تشقير الشعر .

الإصافر(الوضع فطريات إزالة A).

ببب إزالة الكلف (الوضع M).

بمضادات الإستعمال للعلاج يتضمن

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكروتان) خلال الـ6 اشهر الماضية .

. الحمل والرضاعة .

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

. مشاكل في الجهاز المناعي .

. الإصابة بالليزر والتهاب الكبد الوبائي .

(ضعف الشفاء)كون التوب الجلدية .

. التهاب .

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

لقد تم التفرح لي عن الحاجة الى انتهاء خطة العلاج, و انا أفتهم 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

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008840)

Date: 14-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004555 - abeer majed - 971543119309

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 14-05-2020

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 : 1004555 - abeer majed - 971543119309

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