



File No: .....

Date: / /

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

File Number: 1004570

Patient Name: Yasmeen

اسم المريض: ياسمين

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ٢٧/٧/١٩٩٢ Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Saudi

هواشيل

Address (العنوان): الرياض - البروقية - شارع البشير

Phone No. (رقم الهاتف): 0578348767

E-MAIL: Yasmeen.beek@gmail.com

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

| التاريخ الطبي Medical History  |                 |  |
|--|-----------------|--|
| الحالة الطبية Medical Condition  | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديداً؟  | 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 امراض؟   | نعم             |  |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب | لا              |  |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟  | لا              |  |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، انيميا (نقر الدم)، لوكيميا  | لا              |  |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى   | لا              |  |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟  | لا              |  |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟   | لا              |  |
| Hepatitis, jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى   | لا              |  |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟   | لا              |  |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟  | لا              |  |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟  | لا              |  |
| Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟<br>HSV, HIV...etc فيروس الحلا البسيط   | 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 أقرار 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 لي 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 تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي. كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

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

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزيف 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 قدمت لي فحسي الملف صحياً، و أتفهم ان 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): | Kg  | Height (الطول):            | cm | Blood Type (نمى الدم):  |  |
| Pulse (النمى):  | ppm | Blood Pressure (نمى الدم): | /  | Blood Sugar (سكر الدم): |  |

سبب زياره المريض للعياده Chief Complaint

|  |                       |                     |
|--|-----------------------|---------------------|
| Disease History التاريخ المرضي:                                  |                       |                     |
| Allergies الحساسيه:  |                       |                     |
| Medications الادويه:   |                       |                     |
| Pregnancy الحمل:   |                       |                     |
| Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقه . ائال المستشفى |                       |                     |
| Smoking (التدخين): Y / N   | Alcohol (الكول) Y / N | Drugs (دوائى) Y / N |

الملاحظات العامة و السريره General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعيه Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....







يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة precisely Kindly Answer the following questions

|  |   |
|--|---|
| How do you better describe your skin Type<br>ما هو الوصف المناسب لنوع بشرتك؟   | <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned<br><input checked="" type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned<br><input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned<br><input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned |
| Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No<br>هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو قرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا  | <input type="checkbox"/> Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No   |
| Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No<br>هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا   | <input type="checkbox"/> Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No   |
| Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinon on Site? Yes/ No<br>هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا  | <input type="checkbox"/> Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No   |
| Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No<br>هل قمت بنق أو كمي أو إزالة الشعر بالشع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا   | <input type="checkbox"/> Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No   |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? .....<br>Do/ Did you use any tanning products? Yes / No<br>هل كنت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ .....<br>هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا | <input type="checkbox"/> Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No   |
| Do you Have any tattoos on site? Yes / No<br>هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا   | <input type="checkbox"/> Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No   |
| Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No<br>What products you are using for your skin recently?<br>هل تم تشخيصك سابقا بأي مشاكل هرمونية؟ نعم / لا<br>ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حاليا؟ .....        | <input type="checkbox"/> Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No   |
| Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No<br>For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No<br>هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا   | <input type="checkbox"/> Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No   |

I ..... hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser. I understand that laser produces a beam of light that generates an energy of a certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to impair its ability to grow hair. I understand that the results of the treatment varies from one person to another by the variation of medical history and the skin type, hair type, patients commitment to precautions before and after sessions and the variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all the alternative hair removal methods and I choose removing my unwanted hair by laser. I consent that I got the following precautions:  
-It's not allowed to get tanned or use tanning solutions for 4-6 weeks before and after treatment.  
- Waxing and Plucking must be avoided at least 6 weeks prior to sessions.  
- Tattoos and permanent make up on treatment site will be affected by laser.  
- Full Medical History must be given including previous treatments, allergies and skin type.  
- people who took akutan during the last 6 months or any drugs that inhibits patients from sun exposure can not remove their hair by laser. I understand that i might see some change from first session, nevertheless the treatment will take many sessions to get the result.  
Side Effect  
side effects may include burning like redness, and it's possible to see some swelling or cracks. these side effects will fade away few hours to few days after treatment. hypo/hyperpigmentation is not common and it rarely last. it's advisable to avoid sun exposure. and to use sun protections.  
I consent that I had the chance to enquire and ask any questions I have to the therapist and I have read and understood the content of this form (or it was read to me) and I am more than 18 years old or I have the approval of my sponsor.

Name and Signature .....

Date ... / ... / .....

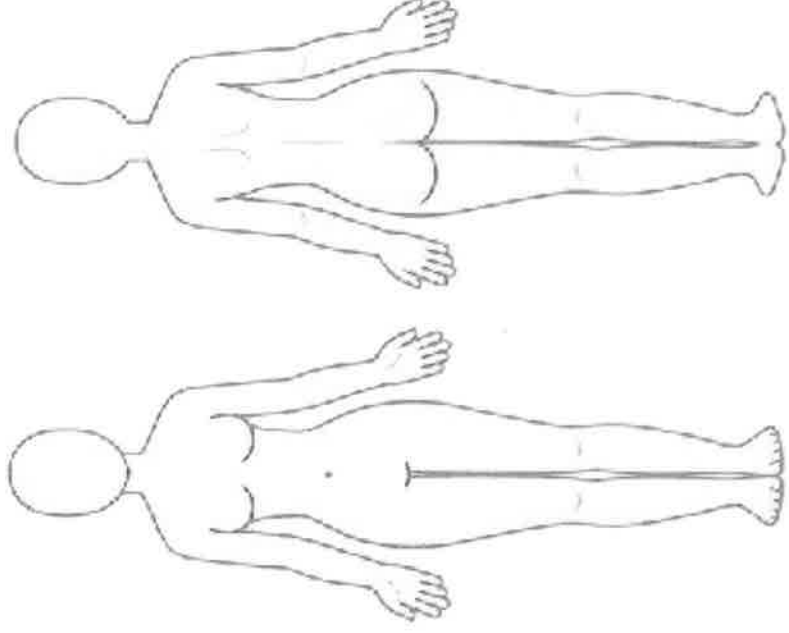
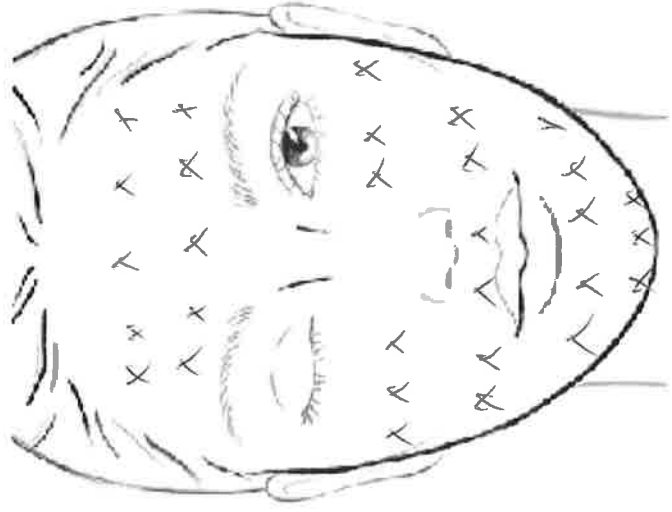
أقر أنا ..... بقدمي الي مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور. وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على اتماء الشعر. وأتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر بخلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و أنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشع و الكمي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر. أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:  
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.  
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.  
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.  
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً و يشمل ذلك العلاجات و الحساسيات و نوع البشرة  
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.  
أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.  
الأعراض الجانبية  
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.  
أقر أنه قد أتجحت لي الفرصة للاستشارة و توجيه الأسئلة الى المعالج المتخصص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع .....

التاريخ ..... / ... / .....

.....  
.....  
.....

Patient's Name: Y. ALKADDOO .....  
 File Number: 004570 .....  
 Pain Relief given? Yes / No .....  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....



|                | Session 1 | Session 2 | Session 3            | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|----------------|-----------|-----------|----------------------|-----------|-----------|-----------|
| Treatment Date | 16/5/20   | 23-06-20  | 28-07-20             |           |           |           |
| Treatment Area | Face      | Face      | Full face            |           |           |           |
| Hair Type      | Face      | Face      | Alex 14              |           |           |           |
| Mode           | Alex      | Alex 16   | I/10                 |           |           |           |
| Fluence        |           |           | 8/10                 |           |           |           |
| Pulse Type     | 83/10ms   |           |                      |           |           |           |
| CNT Pulse      |           |           |                      |           |           |           |
| Passes         | 1         |           |                      |           |           |           |
| Starting Time  |           |           | 4:40                 |           |           |           |
| Finish Time    |           | 5:10      |                      |           |           |           |
| Post Treatment | HIRWIDOID | Hydrocort | Full on /<br>Virel / |           |           |           |

Therapist Name and Signature .....



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-008867

**RECEIPT VOUCHER**

AED 275.00

Date: 16-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004570 - YASMEN 000 - 971566242036**The sum of Dhs. **Two Hundred Seventy Five Only**By Cash **275.00** / 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 face + vat balance 250**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 200.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-009627

Date: 23-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004570 - YASMEN 000 - 971566242036**

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 laser sessions**

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**

التاريخ

23-6-2020

الموضوع: لا مانع تصوير فوتوجرافي

انا السيدة ياسمين هوية رقم ..... لامانع لدي بتصوير جلسة ..... من قبل مركز اوركيد الطبي لاستخدامها على التواصل الاجتماعي في حسابهم.

784-1994-1438579-1

السيدة/

Yasmin Yaseen

