



File No: .....

Date: / /

Date: ... / ... / ..... File Number: 1004657  
Patient Name: MAI JEHAD اسم المريض: جميع محمد عليا  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 1976/11/19 (F) Marital Status (الحالة الاجتماعية):  
Nationality (الجنسية): لا يوجد Occupation (المهنة): اختصاصية تربية خاصة  
Address (العنوان): الكورنيش... الجبل Phone No. (رقم الهاتف): 0544004753  
E-MAIL: hah.haqi.l...@com How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا نعم
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 تعاليت من أي أمراض؟	لا نعم
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 (نقر 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 تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	لا
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعالين 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 تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاليت من أي أمراض أخرى؟ فيروس الأبتز، فيروس الحلا البسيط...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 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 يكتشف الطبيب خلال العلاج أمور مختلفة عن ما ذكر في القمص 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 تأمين لتتابع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للفحوصات و الاجراءات الجراحية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة الجراحية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لى قضي الملف صحية، و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع 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: 31... / 5... / 2020

عزى محمد

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دمية الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دمية الضغط):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History (التاريخ المرضي):					
Allergies (الحساسية)					
Medications (الأدوية)					
Pregnancy (الحمل)					
Previous Surgeries, Hospitalization (عمليات سابقة، إدخال 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





precisely Kindly Answer the following questions \*يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input checked="" type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input type="checkbox"/> Fairly Burned, Always Tanned	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار <input checked="" type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدر؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
Have you Taken Akutan or isotrionime in the last 6 months? Yes/ No Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroqueenon on Site? Yes / No	هل تناولت عقار الاكيتان/ الايسوتريونين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/>
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No Did you get exposed to sun or got tanned lately? .....	هل قمت بتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> هل كنت أخرج مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No What products you are using for your skin recently?.....	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟ .....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقة؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لل سيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

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 **صاحبة عيادة عيليان** ..... بقبولي الى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتمثل قدرتها على انهاء الشعر. وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة العقاب البديلة لإزالة الشعر كالحقن و التفت و الكريسات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اختارت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:  
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل وبعد العلاج.  
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب ٦ 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 المساسية و نوع البشرة  
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الإعراض الجانبية  
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق، و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات، و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال ساعات الي 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 أتيتحت لي الفرصة لاستشارة و توجيه الأسئلة الي المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد قمت قرأته لي، و أنني تجاوزت القائمة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

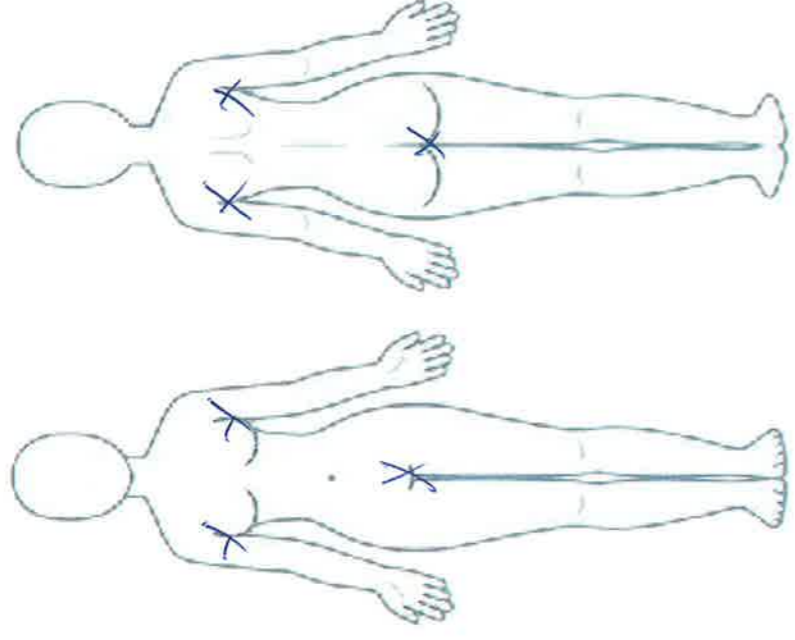
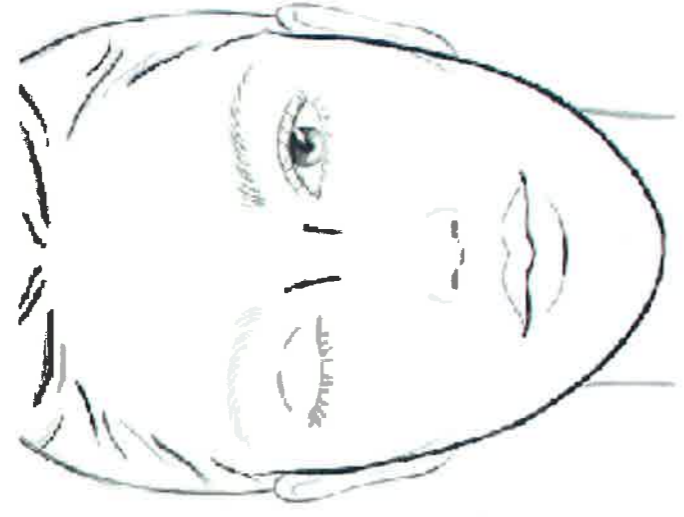
الإسم و التوقيع .....

التاريخ .....

2020/5/31

اسم المريض: M.A. J.H.A.P  
 تقييم و صيغة الموافقة هل تم الانتهاء من؟ Yes / No  
 رقم الملف: .....  
 هل تم أخذ صور ما قبل العلاج؟ Yes / No

١٥٥٩٦٥٢



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	16/20	30/6   20/3   07/20				
Treatment Area	UA, BIKIN	UA, BIKIN	BIKIN, UA			
Hair Type	THICK ID	7/D	NUM 20			
Mode	14J15J/2ms	Alex 8/18ms	14/15 14/6			
Fluence		acili				
Pulse Type						
CNT Pulse	1 pass	14/18ms	(P45)			
Passes		Passes	6:30			
Starting Time	Full contact		B: 4:45			
Finish Time			4:15			
Post Treatment	SPN					

SPN  
 SPN

Therapist Name and Signature .....



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-009073

Date: 31-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004657 - mai 000 - 971544004753**

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 6 sessions ( bikini + under arms ) + vat balance 1075**

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)**



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	Mai,Jehad,Ibrahim,,Elayan	IDN:	784199651503502	Mother Name:	
Name (Ar)	مى، جهاد، ابراهيم،، عيلان	Card Number:	095236048	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	28/06/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	12/12/2020	Date of Birth:	27/06/1996	Sponsor Name:	جهاد ابراهيم حسن عيلان
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	31335895
Residency Type:	03	Residency Number:	20120183417144	Residency Expiry:	12/12/2020
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

5/31/2020



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009114)

Date:01-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004657 - mai 000 - 971544004753

The sum of Dhs. One Thousand Five Hundred Seventy-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,075.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 500.00

Bank: Cheque No.

Date: 01-06-2020

Being

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 : 1004657 - mai 000 - 971544004753

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



مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-009116)

Date: 01-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004657 - mai 000 - 971544004753

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: 01-06-2020

Being **1 scaling + 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 : **1004657 - mai 000 - 971544004753**

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