



File No: .....

Date: / /

Date: ... / ... / ..... هـ  
Patient Name: **Alaha** .....  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): **4/12/1983** Gender: M / F  
Nationality (الجنسية): .....  
Address (العنوان): .....  
E-MAIL: **manosss@ashraf.com**

File Number: **1054664**  
اسم المريض: **عائشة عمره**  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): .....  
Phone No. (رقم الهاتف): **0507479677**  
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 / 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
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 للدم؟	لا
Anemia, Leukemia (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 بولية أو تناسلية؟	لا
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	نعم
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؟	نعم
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 HSV, HIV...etc	لا

فرصة

### 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 أموراً 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 اي ضمانات او تأمين لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية او 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 الاجراءات و العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب او التورم او النزيف او الالم او الحساسية

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

أقر ان كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي تمحي للملف صحية، و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية سيقفى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر ان 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 (لن هم نون القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....



استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

feels looks out

Disease History التاريخ المرضي:	
Allergies الحساسية:	
Medications الأدوية:	
Pregnancy الحمل:	
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة . اذخال المستشفى:	
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N
	Drugs (العقاقير): Y / N

. (PCOS and ↑wt)

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية  
تصابي من تكبير المبايض وزيادة الوزن

الفحص Examination

Radiography الصور الشعاعية

No X-ray

Diagnosis التشخيص

Class 3 Sinarilly problem  
to Missy, of can

Treatment Plan خطة العلاج

1 - 1 1/2 yr Tt

Metal braces 5500 (Retainer 700 → X)

5500 with retainer.

Extraction of  $\frac{4}{4}$

*[Handwritten signature]*  
1/16/2020

25.07.20

mydura 19x25 mid. ~~300~~  
8 weeks n.v.


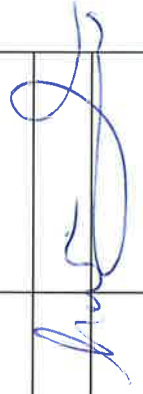
*[Handwritten signature]*

Doctor's Signature and Stamp



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
31/5/2020	Carbon Laser			
3/6/2020	1 <sup>th</sup> Consultation of Nutrition	free		
5/6/2020	PRP Biotin			
	Net worth			
9/6/2020	T.C.A. 35% per foot			
8/6/2020	upper Bandy done on N.I. treated (on slow Bal)	1500		
15/6/2020	lower Bandy done on N.I. treated			
17/7/2020	PRP Biotin			
29/8/2020	Follow up Change wires & otia			Dr. Shamy

د. بشار علي ديب  
 Dr. Basha Alidib  
 اخصائي امراض جلدية  
 Specialist - Dermatology  
 MOH License No.: D59826  
 مركز اوركيد الطبي  
 Orchid Medical Centre

د. بشار علي ديب  
 Dr. Basha Alidib  
 اخصائي امراض جلدية  
 Specialist - Dermatology  
 MOH License No.: D59826  
 مركز اوركيد الطبي  
 Orchid Medical Centre

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQXO

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	Aisha,Omar,Saleh,,Mohammed	IDN:	784198327691709	Mother Name:	
Name (Ar)	عائشة,عمر,صالح,محمد	Card Number:	091526165	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	YEM	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	اليمن		
Issue Date:	30/10/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	27/10/2021	Date of Birth:	04/12/1983	Sponsor Name:	خالد صالح سالم بوجور الثنبيه
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	037655
Residency Type:	03	Residency Number:	15220183017325	Residency Expiry:	27/10/2021
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	



Photo

Signature Image

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

6/1/2020

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	Aisha,Omar,Saleh, Mohammed	IDN:	784198327691709	Mother Name:	
Name (Ar)	عائشة وعمر صالح محمد	Card Number:	091526165	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	YEM	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	اليمن		
Issue Date:	30/10/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	27/10/2021	Date of Birth:	04/12/1983	Sponsor Name:	خالد صالح سالم بوجعور القنبيه
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	037655
Residency Type:	03	Residency Number:	15220183017325	Residency Expiry:	27/10/2021
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	



Photo

Signature Image

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

6/1/2020

## ورقة الموافقة على التقشير الكيميائي

التاريخ: \_\_\_\_\_

أنا أخول \_\_\_\_\_ لتطبيق \_\_\_\_\_ على \_\_\_\_\_ لنضارة بشرتي وعلاجها من

التصبغات وآثار الحبوب والتجاعيد.

أتفهم جيدا بأن هذا الاجراء اختياري بحت, وأن النتيجة قد تختلف من شخص لآخر والعلاجات المتعددة

قد تكون ضرورية.

أتفهم بأنه:

من المحتمل حدوث بعض المضاعفات التي قد تكون نادرة لكن محتملة.

ظهور بعض الاعراض الجانبية الشائعة كاحمرار مؤقت, حرق بسيط وقد يستمر لمدة 3 إلى 4 ساعات

أو لعدة أيام.

تصبغات متقشرة تشمل هيبيربيجمينشن (تفتيح للبشرة) أو ( غامقان بالبشرة) وقد تستمر لمدة 1 إلى

6 اشهر أو أكثر.

بعض الاعراض المحتملة الاخرى كشعور بالحكة, ألم, حرق, التهاب, تقشير, تورم. من المحتمل ايضا

عدم الحصول على النتيجة المتوقعة أو المرغوب بها.

أتفهم بأنه عند تعرضي للشمس أو جهاز التشمس وعدم الالتزام بإرشادات العناية المطلوبة أتباعها قد

تزيد من فرصة حدوث مضاعفات.

إرشادات قبل وبعد العلاج و اجراءات العلاج تم شرحها لي بالكامل من الفوائد المحتمل الحصول عليها

والمضاعفات . لقد تمت الاجابه على جميع تساؤلاتي وأنا أوافق بشدة على تطبيق العلاج.

إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء

أو تأجيل المواعيد. وايضا أتفهم أن المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي/ تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج, ولن يتم التعرف على هويتي

من الصور أو الوصف المرفق  نعم  لا

التوقيع

اسم المريض / الضامن & العلاقة

التوقيع

اسم الدكتور / المعالج



## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا عائشة حميد بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج

هو أحد الإستطيات لإعادة التقشير الكروني باستخدام لوشن الكرونو يتبعه التقشير بالليزر • جهاز ليزر ال Q-Switch باستخدام

خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع الحمراء والبيضاء غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم , علاج التجاعيد بضارة البشرة , وعلاج علامات التقدم بالسن باللس وحالات أخرى), تحسين ملمس 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 معصمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات ,الحبوب, توسع مسامات الجلد .مراجعة كل 3-6 اشهر

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

.إزالة الوشم بالليزر .

.الأورام الصبغية .

.تقشير الشعر .

الإصاقر(الوضع فطريات إزالة A).

ببر إزالة الكلف (الوضع M).

:مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن

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

.الحمل والرضاعة .

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

.مشاكل في الجهاز المناعي .

.الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي .

.ضعف الشفاء(ككون الندوب الجلدية .

.التهاق .

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

أقد تم الشرح لي عن الحاجة الى إنهاء خطة العلاج, و انا اتفهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي لليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد هنا لما بعد العلاج و العناية بالبشرة التي شرحت لي الوردة العلاج.وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات بالكامل

أتفهم ان كما هناك منافع للإجراء المطلوب, اتفهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تأخر في فترة الشفاء/ الاقتمام, معادا التقشير الناعم الذي



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009103)

Date:01-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004664 - AISHA 000 - 971507479677

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: **01-06-2020**

Being **1 seswion 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 : **1004664 - AISHA 000 - 971507479677**

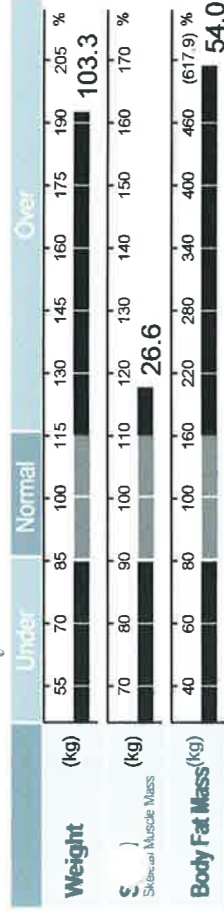
**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae**  
**www.omc1.ae**

ID 200603-3 | Height 158cm | Age 56 | Gender Female | Test Date / Time 03.06.2020. 17:25

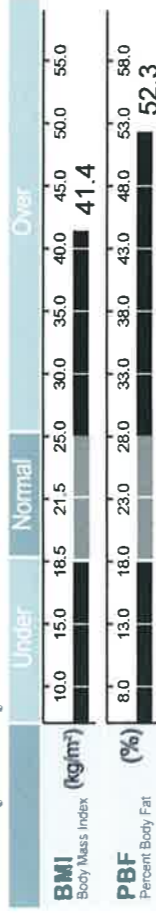
## Body Composition Analysis

Total amount of water in body	<b>Total Body Water</b>	(L)	36.4	( 27.4~33.4 )
For building muscles	<b>Protein</b>	(kg)	9.5	( 7.3~8.9 )
For strengthening bones	<b>Minerals</b>	(kg)	3.40	( 2.53~3.09 )
For storing excess energy	<b>Body Fat Mass</b>	(kg)	54.0	( 10.7~17.2 )
Sum of the above	<b>Weight</b>	(kg)	103.3	( 45.6~61.8 )

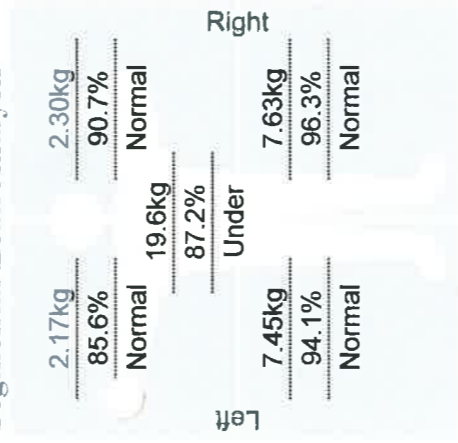
## Muscle-Fat Analysis



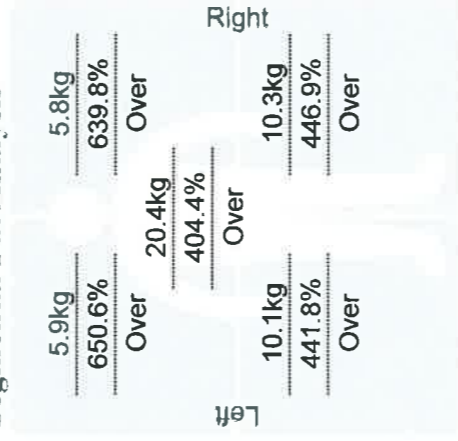
## Obesity Analysis



## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## Body Composition History

<b>Weight</b> (kg)	103.3
<b>SMM</b> (kg)	26.6

## InBody Score

**49/100** Points

\* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

## Weight Control

Target Weight	64.0 kg
Weight Control	- 39.3 kg
Fat Control	- 39.3 kg
Muscle Control	0.0 kg

## Obesity Evaluation

BMI	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Under <input type="checkbox"/> Slightly Over <input checked="" type="checkbox"/> Over
PBF	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Slightly Over <input checked="" type="checkbox"/> Over

## Waist-Hip Ratio



## Visceral Fat Level



## Research Parameters

Fat Free Mass	49.3 kg
Basal Metabolic Rate	1434 kcal
Obesity Degree	192 % ( 90~110 )
Recommended calorie intake	1835 kcal

## Calorie Expenditure of Exercise

Golf	182	Gateball	196
Walking	207	Yoga	207
Badminton	234	Table Tennis	234
Tennis	310	Bicycling	310
Boxing	310	Basketball	310
Hiking	337	Jumping Rope	362
Aerobics	362	Jogging	362
Soccer	362	Swimming	362
Japanese Fencing	517	Racketball	517
Squash	517	taekwondo	517

\* Based on your current weight  
\* Based on 30 minute duration

## Impedance

RA	LA	TR	RL	LL
Z <sub>95</sub>	20 kHz	347.2	369.6	18.9
Z <sub>100</sub>	100 kHz	321.9	345.4	16.6
				172.2
				163.3

\* Segmental fat is estimated.



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 630.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-010065)

Date:11-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004664 - AISHA 000 - 971507479677

The sum of Dhs. Six Hundred Thirty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 630.00

Bank: Cheque No.

Date: 11-07-2020

Being PRP WITH BIOTIN + 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 : 1004664 - AISHA 000 - 971507479677

---

Tel: + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 47.50

**RECEIPT VOUCHER**

No: REC-010064

Date: 11-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004664 - AISHA 000 - 971507479677

The sum of Dhs. **Fourty Seven and Five Fils Only**By Cash **47.50** / 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 PRP**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 2,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-009099

Date: 01-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004664 - AISHA 000 - 971507479677

The sum of Dhs. **Two Thousand Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **2,000.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being ~~3 sessions prp~~ + 3 ~~sesssions~~ prp + biotin + 1 yellow peeling + 4 carbon + vat balance 2620

Made by Reem

500 / 150  
1 session

- 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](http://www.omc1.ae)

PRP Treatment Consent Form الموافقة باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية

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.

Patient's Name and Signature:

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

وصف العلاج

يتضمن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينة من دم المريض تساري تقريبا ( ١١ - ٢٢ ) مل.  
ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام سائل فاصل التفتيح بشكل خاص.  
ثم يعاد حثن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتنشيط الخلايا و إعادة التنشئة 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.

الأعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف الي المنته في منطقة العلاج و قد يستمر هذا التورم من (١٢-١٦) ساعة ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة المذكورة إذا تطلب الأمر. من الممكن ان تشعر ببعض الحرق الخفيف بينما يتم تنشيط الخلايا. نادرا ما يصاحب العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضادات الحيوية.

موانع للعلاج

لا يجب ان تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية:  
- الأمراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخلايا المسطحة و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغرى و السرطان الجهازي و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الأمراض الجلدية التي تصيب الوجه (مثل البرص)، أمراض الدم و اللطال في الصفائح الدموية، علاج تشتر الدم (مثل الورايدن)  
- متلازمة خال الصفائح الدموية، نقص الحديد في عدد الصفائح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم، عدم استقرار تدفق الدم، حالات الصرع المزمن، أمراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.  
- تناول الأسبرين و مضادات الالتهاب كالتيفينيد و الكيتارين و اليبكوفيناك و النابروكسين، أو مستحضرات التجميل، أو إذا كنت تتناول حاليًا (إ خلال الأربعة عشر يومًا للمضي) مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك التي قد يؤدي إلى ترقق الدم، في حالة تجميد الدم، موانع العلاج الذي سبق ذكرها يرجى كتابة ذلك هنا

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

اسم المريض / التوقيع

عائشة كهرمان

التاريخ: ... / ... / ...

## ورقة الموافقة على التشخيص الكيميائي

التاريخ: \_\_\_\_\_

أنا أخول \_\_\_\_\_ لتطبيق \_\_\_\_\_ لنضارة بشرتي وعلاجها من

التصبغات وآثار الحبوب والتجاعيد.

أتفهم جيدا بأن هذا الاجراء اجنابية الشائعة كاجمرار مؤقت, حرق بسيط وقد يستمر لمدة 3 إلى 4 ساعات

قد تكون ضرورية.

أتفهم بأنه:

من المحتمل حدوث بعض المضاعفات التي قد تكون نادرة لكن محتملة.

ظهور بعض الاعراض الجانبية الشائعة كاجمرار مؤقت, حرق بسيط وقد يستمر لمدة 3 إلى 4 ساعات

أو لعدة أيام.

تصبغات متغيرة تشمل هايبربيجمينتين (تفتيح للبشرة) أو ( غامقان بالبشرة) وقد تستمر لمدة 1 إلى

6 اشهر أو أكثر.

بعض الاعراض المحتملة الاخرى كشعور بالحكة, ألم, حرق, التهاب, تقشير, تورم, من المحتمل ايضا

عدم الحصول على النتيجة المتوقعة أو المرغوب بها.

أتفهم بأنه عند تعرضي للشمس أو جهاز التشمس وعدم الالتزام بإرشادات العناية المطلوبة اتباعها قد

تزيد من فرصة حدوث مضاعفات.

إرشادات قبل وبعد العلاج واجراءات العلاج تم شرحها لي بالكامل من الفوائد المحتمل الحصول عليها

والمضاعفات. لقد تمت الاجابه على جميع تساؤلاتي وأنا أوافق بشدة على تطبيق العلاج.

إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء

أو تأجيل المواعيد. وايضا أتفهم أن المبالغ المدفوعة غير قابلة للأسترداد أو التبدل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي/ تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج, ولن يتم التعرف على هويتي

من الصور أو الوصف المرفق نعم لا

التوقيع

اسم المريض / الضامن & العلاقة

سعدية عيسى  
عائدة عيسى

التوقيع

اسم الدكتور / المعالج





مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009298)

Date:09-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004664 - AISHA 000 - 971507479677

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 315.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-06-2020

Being 6 session face + 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 : 1004664 - AISHA 000 - 971507479677

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009442)

Date:15-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004664 - AISHA 000 - 971507479677

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 1,575.00

Bank: Cheque No.

Date: 15-06-2020

Being braces first payment + 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 : 1004664 - AISHA 000 - 971507479677

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)