



File No: .....

Date: / /

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

File Number: ١٥٥٤٧٧٥٧

Patient Name: Amr M. Mahel

اسم المريض: أ.م. م. محمل

Date Of Birth (A / X / Y):

M / F

Marital Status:

هذه المعلومات

Nationality:

Occupation

هذه المعلومات

Address

Phone No.

هذه المعلومات

E-MAIL: Amr.Mahel@icloud.com

How did you know about us:

هذه المعلومات

| التاريخ الطبي Medical History   |                    |   |
|---|--------------------|---|
| الحالة الطبية Medical Condition   | Yes/No<br>نعم / لا | If 'YES' give details<br>إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment<br>هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟  | لا                 |   |
| Corticosteroids/Immunosuppressant<br>هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟   | لا                 |   |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟  | لا                 | صغيرة   |
| Surgical Operations, Serious illness<br>هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي امراض؟  | نعم                |   |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease<br>جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شعاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب | لا                 |   |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants<br>هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيعات للدم؟  | لا                 |   |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)<br>انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)  | لا                 |   |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other<br>امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى   | لا                 |   |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease<br>هل تعاليت من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟   | لا                 |   |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems<br>هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟   | لا                 |   |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases<br>التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، Other liver diseases  | لا                 |   |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other<br>قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟   | لا                 |   |
| Epilepsy, or any other neurological disease<br>هل تعاليت من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟   | لا                 |   |
| Thyroid Diseases, Diabetes<br>هل تعاليت من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟   | لا                 |   |
| Other conditions من أي امراض أخرى؟<br>HSV, HIV...etc فيروس الأيدز، 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 بطرح حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتعلم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.

أتعلم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في القسم 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 لتتاج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أعلم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتعلم تماما كافة الأخطار 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 كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية

أتعلم أن هناك رسوم باحد الأذى 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 صحية. و أعلم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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):<br>Kg        | Height (الطول):<br>cm           | Blood Type (دمية الدم): |
| Pulse (النبض):<br>ppm        | Blood Pressure (ضغط الدم):<br>/ | Blood Sugar (سكر الدم): |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

|   |                         |
|---|-------------------------|
| Disease History: التاريخ المرضي:                                    |                         |
| Allergies: الحساسية:  |                         |
| Medications: الأدوية:   |                         |
| Pregnancy: الحمل:   |                         |
| Previous Surgeries, Hospitalization<br>عمليات سابقة، إيداع للمستشفى |                         |
| Smoking (التدخين): Y / N  | Alcohol (الكحول): Y / N |
|   | Drugs (العقاقير): Y / N |

General & Clinical Findings: الملاحظات العامة و السريرية

Examination: الفحص

Radiography: الصور الشعاعية

Diagnosis: التشخيص

File No: .....

Date: / /

### Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



REDAD DATA

cAEAI0EEBA830DQxO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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            | Amany,Mohamed,Mohamed,,Aboshady | IDN:              | 784198757319805 | Mother Name:      |            |
| Name (Ar)       | اماني محمد محمد ابو شادي        | Card Number:      | 097560194       | Mother Name (Ar): |            |
| Title:          |                                 | Nationality:      | EGY             | Family ID:        |            |
| Title(Ar):      |                                 | Nationality (Ar): | مصر             |                   |            |
| Issue Date:     | 25/11/2019                      | Sex:              | F               | Sponsor Type:     | 03         |
| Expiry Date:    | 28/11/2020                      | Date of Birth:    | 08/03/1987      | Sponsor Name:     |            |
| Marital Status: | 02                              | Husband IDN:      |                 | Sponsor Number:   | 11899506   |
| Residency Type: | 03                              | Residency Number: | 20120163981778  | Residency Expiry: | 28/11/2020 |
| ID Type:        | IL                              | Occupation:       | 10              | Occupation Field: | 00         |



Photo

Signature Image

أماني محمد

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

6/12/2020

## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز Q-Switch أقر أنا \_\_\_\_\_ بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

**ليزر ال ■ التقشير الكيوني** يستخدم لوشن الكربون ويعتبه التقشير بالليزر هو احد الإستطببات لإعادة نضارة البشرة ، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد ،خطوط الوجه والشوذ الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها المرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين لمس البشرة ،علاج حب الشباب ،احمرار الجلد ،إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب) ،التدوب التي تتبع الحبوب، توسيع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح 3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مرآة كل 3-6 اشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكربون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكربون مما يستهدف الأصباغ 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 الصغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الاضافر (الوضع A)

. بير إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

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

. الحمل والرضاعة.

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

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإلنز و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون التدوب الجذرية)

. البهاق.

أقهم تسمأ ان التفتيح المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة ان تتحقق بعد الجلسة الاولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن درجة التقصن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الي انهاء حنطة العلاج. و انا اقهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الي استجابتي لليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج.وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

أقهم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب. اقهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الانتعاش، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الي فترة شفاء.

اقهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتضمن التالي : احمرار مؤقت، تأثيرات مشابهة لتأثيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الي عدة ايام فقط. تغيرات صبغية ( بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الي ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكك، الحكة، التهاب ندوب او التفتيح.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج . ويلي ايضا ابقاء عينايا مغطاان أثناء العلاج. اقر ان المصدر الموسمي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامله فائدة ومضاعفاته المحتملة، وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتني وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

*Ambay*

التوقيع:

التاريخ:

اسم المريض/ولي امر المريض:





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-009360)

Date: 12-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004757 - amani mohammed - 971502608328

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 12-06-2020

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 : 1004757 - amani mohammed - 971502608328

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