



File No: 1004788

Date: 15/06/20

Date: ... / ... /
Patient Name: Malak E H AHMED
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... / Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): Occupation (الوظيفة):
Address (العنوان):
E-MAIL: malak.kk.ems@oem.com

File Number: 1004788
اسم المريض: ملكة هـ أحمد
Marital Status (الحالة الاجتماعية):
Phone No. (رقم الهاتف): 585167
How did you know about us:

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 حثيثاً؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لا	
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	
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 هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...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 يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر لي في العصف 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 اي ضمانات او تأمين لنتائج 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 العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب 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 لدي قمتي الملف صحيحة، و أتفهم 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 ارائتي

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 (نمىة الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (مغفد الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعبادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ائخال 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



ميرجى الاجابة على الاسئلة التالية بدقة precisely Kindly Answer the following questions

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

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

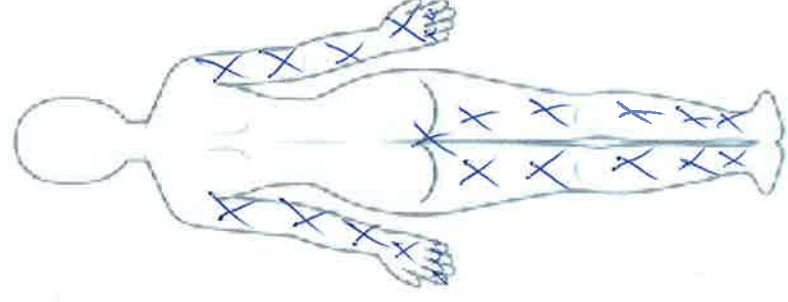
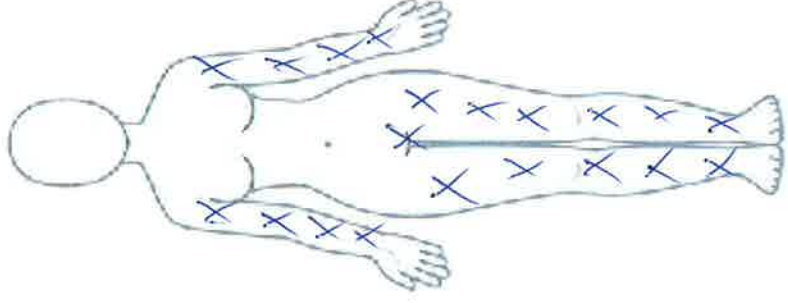
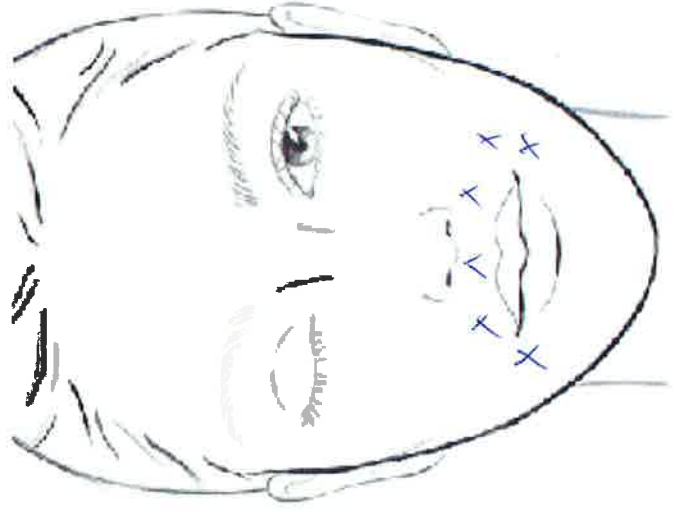
Date
... / ... /

أقر أنا مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المستور.
وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين فتحتمل إحتمالها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة والشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك والشمع والكريمات وإزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.
أقر بانني قد تقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التفك قبل العلاج ب ٦ أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات والحساسية ونوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
أفهم أنه برغم التغيير الذي قد يحدث 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 التورم و الحرقان و الحكة و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر. نقص التصبغات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
أقر أنه قد اتيتحت لي الفرصة لاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ
... / ... /

Patient's Name: Malak 1004788
 File Number:
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



VIXINI

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	15/6/20	16-07-20				
Treatment Area	face body	FB				
Hair Type	Med/Soft	med/soft				
Mode	DPI/SDP	Alex G/w				
Fluence		14/10				
Pulse Type	DPI/FDP	14/15				
CNT Pulse	18J/SHORT	1 pul				
Passes	6J/SHORT					
Starting Time	5:15 pm					
Finish Time	6:15 pm					
Post Treatment						

Therapist Name and Signature

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	Malak,E,H.,Ahmad	IDN:	784199940695143	Mother Name:	
Name (Ar)	ملك، عمار، حسين، احمد	Card Number:	099297158	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	20/03/2020	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	14/03/2022	Date of Birth:	05/12/1999	Sponsor Name:	موسى احمد شحاده شحاده
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	05629060
Residency Type:	03	Residency Number:	30120043014540	Residency Expiry:	14/03/2022
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

6/15/2020



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009440)

Date:15-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004788 - MALAK 000 - 971566585167

The sum of Dhs. Five Hundred Twenty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 525.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 15-06-2020

Being full body + 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 : 1004788 - MALAK 000 - 971566585167

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