



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

1004835

Date: 19/6/2020  
Patient Name: ~~Maitha Mohamed~~ Maitha Mohamed  
File Number: ~~1004835~~  
Date Of Birth: 1/3/1971  
Gender: M / ♂  
Marital Status: (الحالة الاجتماعية) Married  
Nationality: (الجنسية) Egyptian  
Occupation: R.E.P  
Phone No. (الرقم الهاتف): 0526270875  
Address (العنوان): Duba  
E-MAIL: R.ahmed.1971@hotmail.com  
How did you know about us: Dr. Mohamed

التاريخ الطبي Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition		
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي مندرينات أو مثبطات للمناعة؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي امراض؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	<input checked="" type="checkbox"/>	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Anemia, Leukemia (نقص الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	<input checked="" type="checkbox"/>	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	<input checked="" type="checkbox"/>	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	<input checked="" type="checkbox"/>	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	<input checked="" type="checkbox"/>	
Other conditions Other conditions HIV...etc هل تعاطى من أي امراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا النسيط etc	<input checked="" type="checkbox"/>	



### 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: 19 / 06 / 2020

### 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 أمورا مختلفة عن ما ذكر 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 تعهيد لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التشخيصية المقدمة لي. كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

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

و اترك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالتهاب أو التورم أو الازرق أو الالام أو الحساسية

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

أقر ان كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قمضي للطف مسجحة. و أتفهم ان أي 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 شرحها 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

الوزن: Weight	Kg	الطول: Height	cm	نمط الدم: Blood Type	
النبض: Pulse	ppm	ضغط الدم: Blood Pressure	/	سكر الدم: Blood Sugar	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية: Allergies

الأدوية: Medications

العمل: Pregnancy

عمليات سابقة، الجراحات المستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين: Smoking (Y / N)

الكحول: Alcohol (Y / N)

الأدوية: Drugs (Y / N)

الملاحظات العامة والسريية: General & Clinical Findings

الفحص: Examination

الصور الشعاعية: Radiography

التشخيص: Diagnosis



File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

.....

Doctor's Signature and Stamp

.....







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

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input checked="" type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes /No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes /No	هل ظهر لديك حلا البسيه أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or isotretinoin in the last 6 months? Yes/No	هل تناولت عقار الاكيتان/ الايسوتريتينين خلال السنتين الاخيرتين للمضيق؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes/No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الهيدروكويك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes/No	هل قمت بتفك او كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 اسابيع للمضيق؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes/No	حتى كانت اخر مرة تعرضت فيها لامعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحبسة تسمير؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes /No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes /No	هل لديك اي وشم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes /No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently? ..	ماهي المنتجات التي تستخدمها ليحرقك حاليا؟ ..
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes /No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes /No	لسيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes /No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للبشرة؟ نعم / لا

Maitha Mohammad

I consent that 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 19 / 05 / 2020

أقر أنا .....  
مركز أوركيد الطبي/ الشارة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

و اتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. و اتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و اني على علم كامل كافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التقف و الكريكات و ازالة الشعر بالشمع و الكي و اني اخترت ازالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 اسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تقادي ازالة الشعر بالشمع او التقف قبل العلاج ب 6 اسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكاج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال السنت الاخيرين او اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.

اتفهم 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 ستلاشى خلال بضع 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.

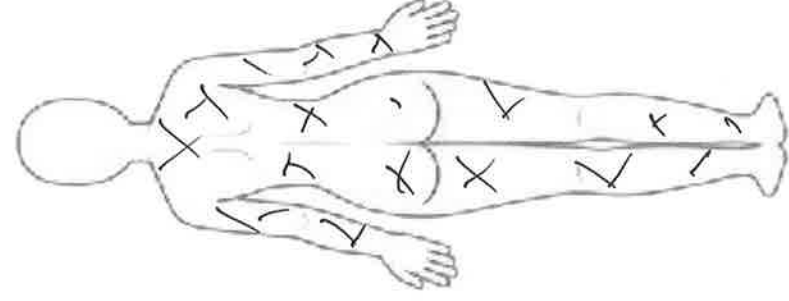
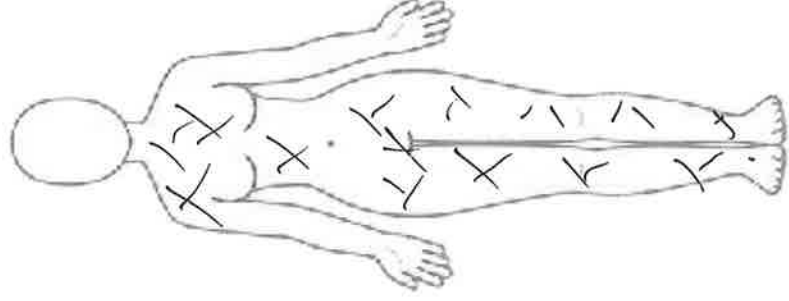
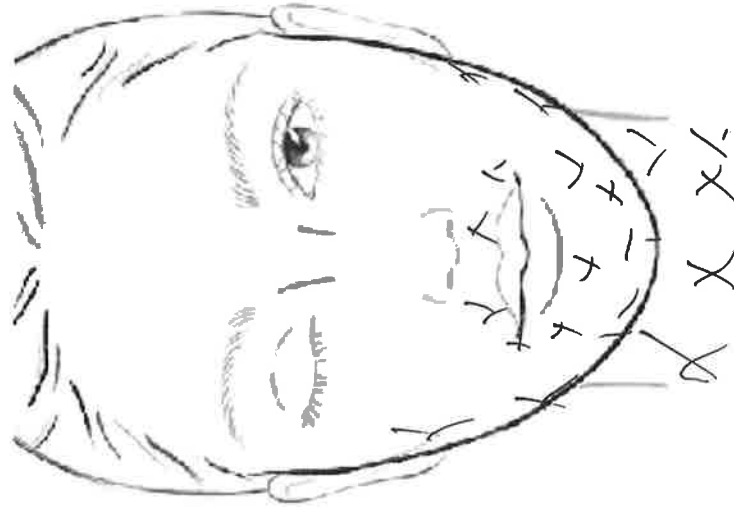
أقر أنه قد أتيت لي الفورمة للاستشارة و توقيع الإستهة الي المعالج المختص و اني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قرأته لي. و اني تجاوزت الثامنة عشر من عمري او حصلت على موافقة ولي امري في حال عدم بلوغى السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ

..... / ... / ...

Patient's Name: Mawana ..... اسم المريض .....  
 File Number: ..... رقم الملف .....  
 Pain Relief given? Yes / No .....  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....  
1004835



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	19/6/20	17/7/20				
Treatment Area	full body +	full body +				
Hair Type	Thick 1D	MID				
Mode	Alex do.	Alex 20				
Fluence	7J	10.5-15				
Pulse Type	1 pas	713ms				
CNT Pulse	1 pas	1 pas				
Passes	7pm	1 pas				
Starting Time		12:20ms				
Finish Time		(7:40 do)				
Post Treatment	Hindoc bar	Hindoc bar				

Therapist Name and Signature .....

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQyMI

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 (Ar)	Maitha,Mohammad,Ahmed,Abdulla,Alfarhan مها محمد احمد عبدالله الفرحان	IDN:	784200050685955	Mother Name:	
Title:		Card Number:	095433916	Mother Name (Ar):	201014992
Title(Ar):		Nationality:	ARE	Family ID:	
Issue Date:	09/07/2019	Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Sex:	F
Expiry Date:	09/07/2024	Date of Birth:	30/08/2000	Sponsor Type:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Name:	
Residency Type:		Residency Number:		Sponsor Number:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Residency Expiry:	
		Occupation Field:	00	Occupation Field:	



Photo

Signature Image

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

6/19/2020





مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,675.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009537)

Date:19-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004835 - MAITHA 00. - 971506555100

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 3,675.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 19-06-2020

Being 6 session full body plus + 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 : 1004835 - MAITHA 00. - 971506555100

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