



File No: .....

Date: ٢٠٢٤/٠٦/٢٤

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

File Number: ١٠٥٠٤٨٤٨

Patient Name: Safa Nahman D. R.

اسم المريض: .....

Date Of Birth: ١١/١٩٨٩ M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): .....

Nationality: (الجنسية): .....

Occupation: .....

Address: Safa Nahman D. R.

Phone No: ٥٢٢٩٦٦٨١٩

E-MAIL: Safa.Nahman.D.R.

How did you know about us: ...

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

### 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: ٢٠١٤ / ١٠ / ٢٠

### نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بملاح 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 الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتعلم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً 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 خبزه المهنية و الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجهيزات المقدمة لي، كما أعلم الإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتعلم تماماً كافة الإخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة للحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية

أتعلم 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 قمت له فحسي الملف الصحية و أتعلم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا 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: ... / ... / .....

اسمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Pulse (النبض):	Kg ppm	Height (الطول): Blood Pressure (ضغط الدم):	cm /	Blood Type (نوعية الدم): 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، الخال المستشفى		
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N	Drugs (تعاظم العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings: الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



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

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 , عميدة الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotretinone in the last 6 months? Yes/ No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو قرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes / No	هل تناولت عقار الاكيتان/اليسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل استخدمت زيتن أي أو منتجات حشخش البلاستيك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? .....	هل قمت بتنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بظلمة تسمية؟ .....
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل لديك اي وشموم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently? .....	هل تم تخصيصك سابقا بأي اختلاطات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	ماهي المنتجات التي تستخدمونها / تستخدمها ليجردك حاليا؟ .....
For Ladies: Are You Pregnant? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	للسيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا
	هل قمت سابقا بإجراء كياج دائم للوجه؟ نعم / لا

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 المتطور.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر تعمل قدرتها على انهاء الشعر.

وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات العلاج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و اذني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالمق و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و اذني اخترت 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 الكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات و الحساسيات 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 انه 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 الحرق و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى 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 انه قد أتحت لي الفرصة للاستشارة و توجيه الاسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قرأته لي. و اذني تجاوزت القائمة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

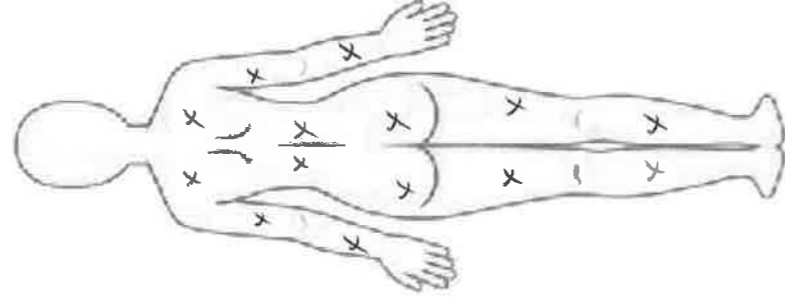
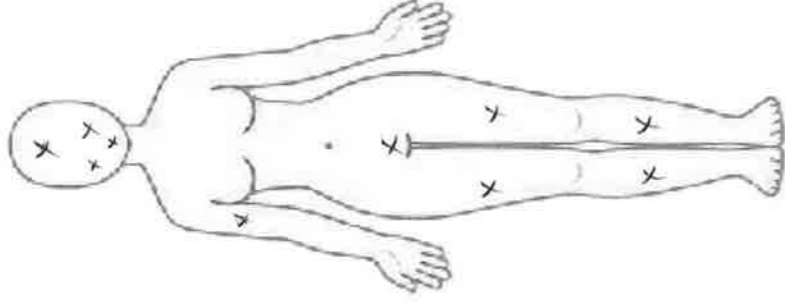
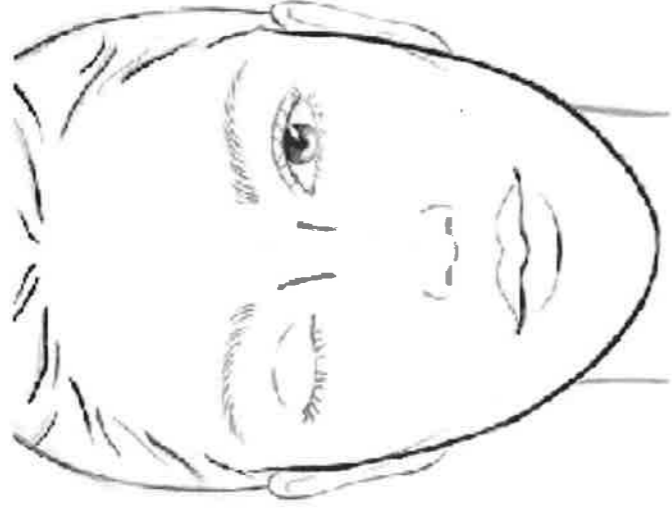
الإسم و التوقيع

.....

التاريخ

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

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



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	27-06-20					
Treatment Area	Upper Lip					
Hair Type	Dark					
Mode	MP-ALC					
Fluence	15/20 13/20					
Pulse Type						
CNT Pulse	1 pass					
Passes						
Starting Time	4:00					
Finish Time	5:00					
Post Treatment	Humid					

Therapist Name and Signature .....  
 4/5/20



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	Sara, Mahmoud, Ragab,, Mostafa	IDN:	784198836192108	Mother Name:	
Name (Ar)	سارة محمود رجب مصطفى	Card Number:	087707945	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	14/02/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	10/02/2021	Date of Birth:	21/11/1988	Sponsor Name:	احمد جمال عبدالصالح محمد
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	95292769
Residency Type:	03	Residency Number:	20120143119693	Residency Expiry:	10/02/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

6/20/2020

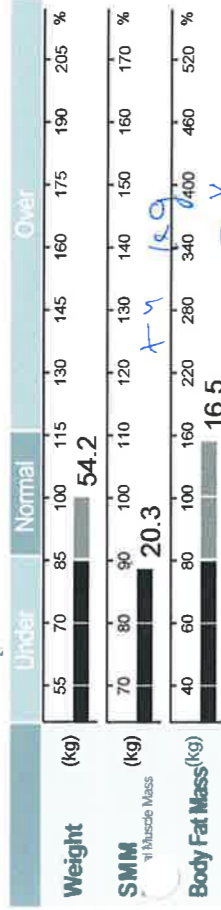


ID 200620-4    Height 159cm    Age 31    Gender Female    Test Date / Time 20.06.2020. 14:40

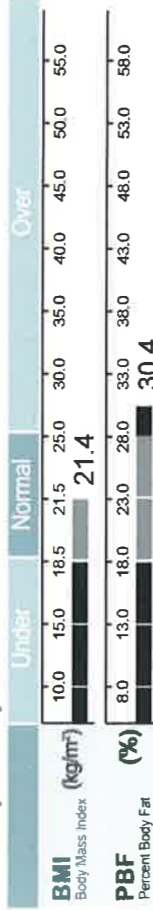
## Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water	(L)	27.6	( 27.7~33.9 )
For building muscles	Protein	(kg)	7.4	( 7.4~9.0 )
For strengthening bones	Minerals	(kg)	2.75	( 2.56~3.13 )
For storing excess energy	Body Fat Mass	(kg)	16.5	( 10.9~17.4 )
Sum of the above	Weight	(kg)	54.2	( 46.2~62.6 )

## Muscle-Fat Analysis



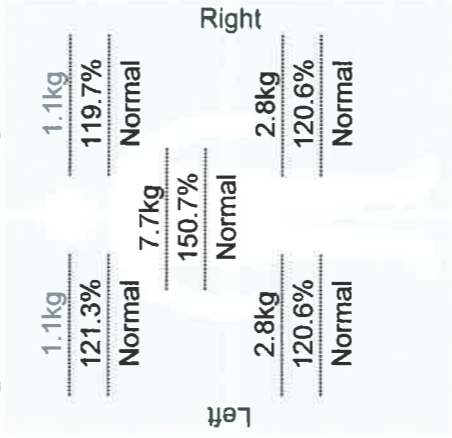
## Obesity Analysis



## Segmental Lean Analysis



## Segmental Fat Analysis



## Body Composition History

Weight (kg)	54.2
SMM (kg)	20.3

## InBody Score

**72**/100 Points

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

## Weight Control

Target Weight	54.3 kg
Weight Control	+ 0.1 kg
Fat Control	- 4.0 kg
Muscle Control	+ 4.1 kg

## Obesity Evaluation

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

## Waist-Hip Ratio



## Visceral Fat Level



## Research Parameters

Fat Free Mass	37.7 kg
Basal Metabolic Rate	1185 kcal
Obesity Degree	100 % ( 90~110 )
Recommended calorie intake	2251 kcal

## Calorie Expenditure of Exercise

Golf	95	Gatball	103
Walking	108	Yoga	108
Badminton	123	Table Tennis	123
Tennis	163	Bicycling	163
Boxing	163	Basketball	163
Hiking	177	Jumping Rope	190
Aerobics	190	Jogging	190
Soccer	190	Swimming	190
Japanese Fencing	271	Racketball	271
Squash	271	Taekwondo	271

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

## Impedance

RA	LA	TR	RL	LL
Z (Ω) 20 kHz	442.2	443.6	26.4	293.2
100 kHz	401.9	405.6	23.8	262.5