



File No: .....

Date: / /

Date: 23/09/2020  
Patient Name: ROSA QAKHUNT RAHMA  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 05/12/85 Gender: M  F  
Nationality (الجنسية): PAKISTANI Occupation (الوظيفة):  
Address (العنوان): Sakir Zayed Road  
E-MAIL: cryssss@yahoo.com  
File Number: 1004966  
اسم المريض:  
Marital Status (الجماعية): Single  
Phone No. (رقم الهاتف): 0561338981  
How did you know about us: braunging

التاريخ الطبي Medical History

Medical Condition	الظيعة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أفكر 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 للمناعة؟		No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		Yes	waxung, dust
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟		No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب		No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي ميويدات الدم؟		No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		NO	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبون، تليبي، امراض اخرى		No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلي، أو امراض بولية أو تناسلية؟		No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟		No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى		No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟		No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟		No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكرى أو امراض الغدة الدرقية؟		No	
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي امراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا السيط...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: 29 / 09 / 2020

### نموذج أقرار طبي

- أوافق وأسبح للطبيب بملاح 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  
بالمعالج الأمثل وخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمور مختلفة عن ما ذكر في الفحص  
الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والعلاجات اللازمة والمطلوبة بحكم  
خبرته المهنية والطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات والإجراءات الطبية أو التجميلية  
المقدمة لي، كما أتفهم الإخطار والمضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي  
المرضية.
- أتفهم تماما كافة الإخطار والمضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات والإجراءات  
الملاحيية والجراحية.
- وأدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية والعلاجية والجراحية قد تقضي الي مضاعفات  
كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع  
الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فتمني 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 الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و  
انني 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):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نوعية الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية:

Medications الأدوية:

Pregnancy الحمل:

Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة، إدخال المستشفى:

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

29/6/20 14R Date 12 (Delca)

12

Doctor's Signature and Stamp

.....





ميرجى الاجابة على الأسئلة 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 checked="" 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 , عديدة الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Scars or keloids? Yes/No Have you ever had Herpes simplex- blisters or ulcers on site? Yes/ No Have you Taken Akutan or isotretinone in the last 6 months? Yes/ No Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes/ No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم / لا هل ظهر لديك حلا بسيط أو ثوب أو قرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا هل تناولت عقار الاكوتان/ الايسوتريتينون خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا هل استخدمت حمض الجلاريك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes/ No Do/ Did you use any tanning products? Yes/ No Do you Have any tattoos on site? Yes/ No What products you are using for your skin recently? Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes/ No For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منطه العلاج خلال ال 6 اسابيع الماضية؟ نعم / لا متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بطلاسة تسمير؟ هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم / لا هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا هل تم تشخيصك سابقا بأي مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حاليا؟ هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا لل سيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا هل قمت سابقا بإجراء مكياج 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 *Jasat ROQUWA NANA*

Date 29.06.2020

أقر أنا ..... بقدمي الى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور. وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قبلتها على انهاء الشعر. وأتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك و التفتف و الكريمات و إزالة الشعر بالشع و الكي و إنني اختبرت إزالة الشعر بالليزر.

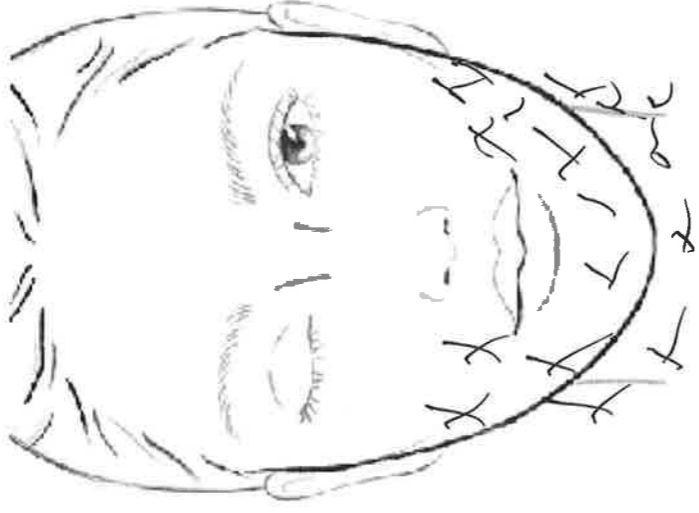
أقر بأنني قد تفقت التعليمات التالية:  
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 اسابيع قبل و بعد العلاج.  
- يجب تفادي إزالة الشعر بالشع أو التفتف قبل العلاج ب 6 اسابيع على الأقل.  
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.  
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة  
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكوتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تثبطهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.  
أتفهم أنه يرغم 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 التفتفات. 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 أنه قد أتحت لي الفرصة للاستشارة و توجيه الأسئلة الى المعالج المتخصص و إنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلغي السن القانوني.

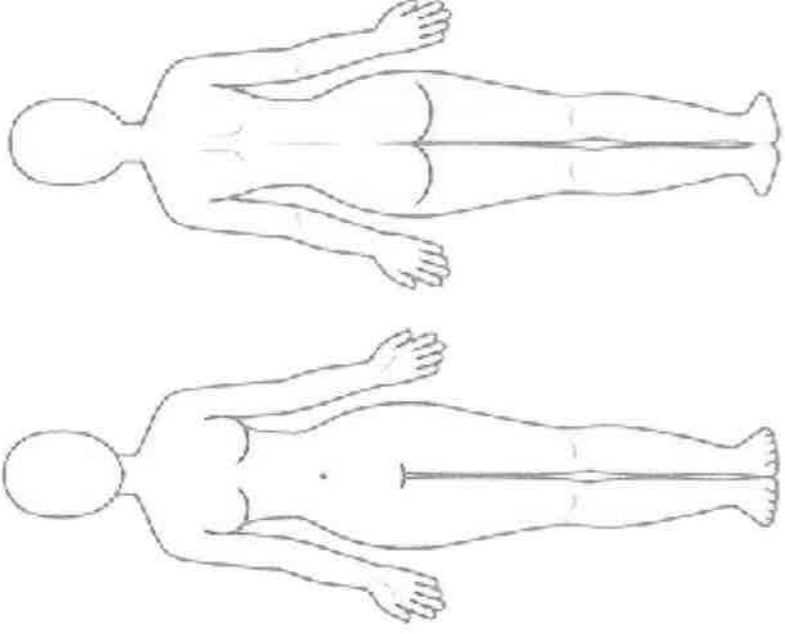
الاسم و التوقيع  
التاريخ  
..... / ... / ...

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

1004966



*4 4*



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	29/6/20					
Treatment Area	1/2 face					
Hair Type	Soft 1D					
Mode	Alex 20					
Fluence	8/10 ms					
Pulse Type	1 pass					
CNT Pulse						
Passes						
Starting Time	8pm					
Finish Time						
Post Treatment						

*Hindol*

Therapist Name and Signature .....  
*[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	Cristina Diana, Iosif	IDN:	784198535307650	Mother Name:	
Name (Ar)	كريستينا ديانا اوسيف	Card Number:	088631021	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	رومانيا	Family ID:	
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	06
Issue Date:	16/04/2018	Date of Birth:	09/05/1985	Sponsor Name:	جبل حثيت لمتقولات البناء ذ م م
Expiry Date:	14/04/2020	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Marital Status:	02	Residency Number:	30120182031098	Residency Expiry:	14/04/2020
Residency Type:	02	Occupation:	96	Occupation Field:	00
ID Type:	IL				



Photo

Signature Image

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

6/29/2020