

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 نكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية و مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج بإختصاصه كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً 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 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 لي قد بقي السلف صحيحة، و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الأطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل إرادتي

أنا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للإسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):



التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs			
Weight (الوزن): 58 Kg	Height (الطول): cm 160	Blood Type (دمية الدم):	
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (دمية الدم): /	Blood Sugar (دمية السكر):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

Smoking (التخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



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

ما هو الوصف المناسب لنوع بشرتك؟ <input type="checkbox"/> دائماً احترق , little tanned <input type="checkbox"/> دائماً احترق , Never Tanned <input type="checkbox"/> قليلاً احترق , Always Tanned <input type="checkbox"/> نادراً احترق , Rarely Burned, Always Tanned	هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا
Have you ever had Scars or keloids? Yes / No No	هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes/ No No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or isotretinone in the last 6 months? Yes/ No No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكويونون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes/ No No	هل قمت بتق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال الـ 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No No	متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تشمع؟ ...
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No No	هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No No	هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?	ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حالياً؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No No	السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No No	هل قمت سابقاً 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

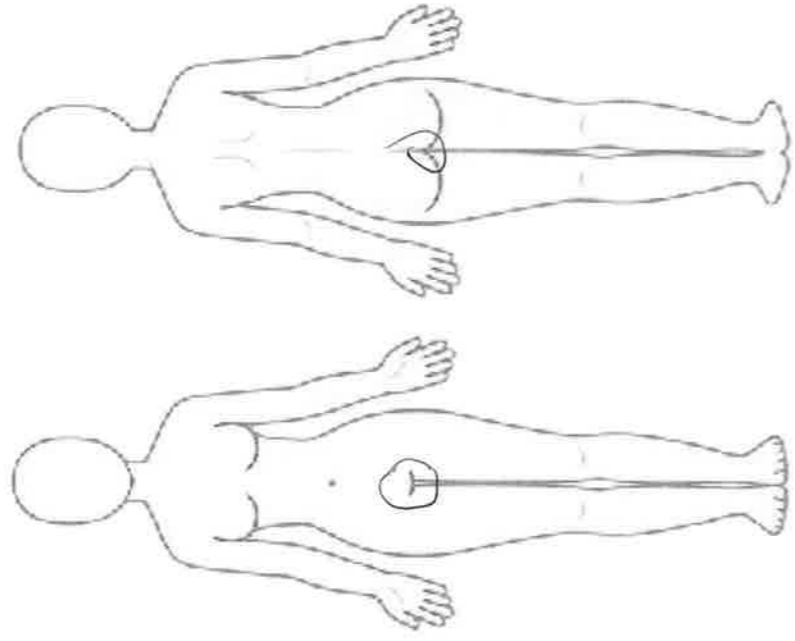
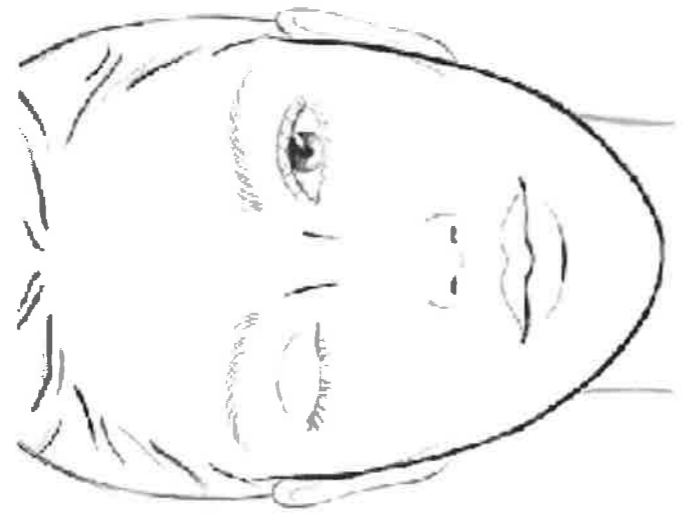
Date ... / ... /

أقر أنا بصحة.....
 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 الأصبغة الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إتمام الشعر. وأتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المريض بتعليمات العلاج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني علم على كامل كافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحقن و التفت و الكريكات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إني اخترت إزالة الشعر بالليزر.
 أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:
 - لا يسمح بالتشمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
 - يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج بـ 6 أسابيع على الأقل.
 - الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
 - يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك الحساسيات و نوع البشرة
 - الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية و أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
 أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد أحظه 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 ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. يقص 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 الفرصة لاستشارة و توجيه الاستشارة إلى المعالج المختص و إني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع
 التاريخ

Patient's Name:
 File Number:
 Pain Relief given? Yes / No

اسم المريض:
 رقم الملف:
 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	17/7/20					
Treatment Area	Bikini / Full					
Hair Type	Soft / LD					
Mode	NO YAG do					
Fluence	15/17ms					
Pulse Type	1 pass					
CNT Pulse						
Passes						
Starting Time	7pm					
Finish Time						
Post Treatment	Ambered					

Ambered
 for





Therapist Name and Signature

United Arab Emirates دولة الإمارات العربية المتحدة
Resident Identity Card بطاقة هوية مقيم

ID Number / رقم الهوية
784-1984-1710817-6

الإسم: مرام محمد جهاد عايش العويوي
Name: Maram Mohammad Jihad Ayesh
Al Ewiwi

الجنسية: الأردن
Nationality: Jordan



ورقة الموافقة على التقشير الكيميائي

التاريخ: _____

أنا أخول _____ لتطبيق _____ لنضارة بشرتي وعلاجها من
التصبغات وآثار الحبوب والتجاعيد.
أتفهم جيدا بأن هذا الاجراء اختياري بحت, وأن النتيجة قد تختلف من شخص لآخر والعلاجات المتعددة
قد تكون ضرورية.

أتفهم بأنه:

من المحتمل حدوث بعض المضاعفات التي قد تكون نادرة لكن محتملة.

ظهور بعض الاعراض الجانبية الشائعة كاحمرار مؤقت, حرق بسيط وقد يستمر لمدة 3 إلى 4 ساعات
أو لعدة أيام.

تصبغات متغيرة تشمل هايبربيجمنتيشن (تفتيح للبشرة) أو (غامقان بالبشرة) وقد تستمر لمدة 1 إلى
6 اشهر أو أكثر.

بعض الاعراض المحتملة الاخرى كشعور بالحك, ألم, حرق, التهاب, تقشير, تورم, من المحتمل ايضا
عدم الحصول على النتيجة المتوقعة أو المرغوب بها.

أتفهم بأنه عند تعرضي للشمس أو جهاز التشمس وعدم الالتزام بإرشادات العناية المطلوبة اتباعها قد
تريد من فرصة حدوث مضاعفات.

إرشادات قبل وبعد العلاج و اجراءات العلاج تم شرحها لي بالكامل من الفوائد المحتمل الحصول عليها
والمضاعفات . لقد تمت الاجابه على جميع تساؤلاتي وأنا أوافق بشدة على تطبيق العلاج.

إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء
أو تأجيل المواعيد. وايضا أتفهم أن المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي/ تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج, ولن يتم التعرف على هويتي
من الصور أو الوصف المرفق نعم لا

التوقيع



Maram Aliwaini

التوقيع

اسم الدكتور / المعالج

اسم المريض / الضامن & العلاقة