



File No: .....

Date: 18, 7, 2020

Date: 18/7/2020

File Number: 1005149

Patient Name: A.A.A. Bassem

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 8/1/81

Nationality (الجنسية): .....

Address (العنوان): .....

E-MAIL: .....

How did you know about us: .....

اسم المريض: .....

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

Phone No. (رقم الهاتف): 2528628679

| التاريخ الطبي<br>Medical History  |                    |   |
|---|--------------------|---|
| الحالة الطبية<br>Medical Condition  | Yes/No<br>نعم / لا | If 'YES' give details<br>إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment<br>هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟   | نعم                | كلومفاج   |
| Corticosteroids/Immunosuppressant<br>هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟  | لا                 |   |
| Allergies<br>هل لديك أي حساسية؟   | لا                 |   |
| Surgical Operations, Serious illness<br>هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟   | لا                 |   |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease<br>جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | لا                 |   |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants<br>هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميحات الدم؟  | لا                 |   |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم)<br>انيميا (نقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)  | لا                 |   |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other<br>أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى   | لا                 |   |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease<br>هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟  | نعم                | التهايان بولية  |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems<br>هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في البورة الشهرية؟  | لا                 |   |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases<br>التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى   | لا                 |   |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other<br>قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟   | لا                 |   |
| Epilepsy, or any other neurological disease<br>هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟  | لا                 |   |
| Thyroid Diseases, Diabetes<br>هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟  | لا                 |   |
| Other conditions<br>HSV, HIV...etc<br>هل تعاني من أي أمراض أخرى؟<br>فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...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 وأسمح 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  
بالمعالج الأفضل والأكثر الأمان.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً 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 و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم  
خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تعميم أي ضمانات أو نتائج للتابعات و الإجراءات الطبية أو التجميلية  
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 ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فتحي الملف صحياً، و  
أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون  
موافقتي

أقر ان لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار 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 دون السن القانونية):



التاريخ: 20 / 11 / 2018

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

| المؤشرات الحيوية Vital Signs |                                |
|------------------------------|--------------------------------|
| Weight (الوزن): 70 Kg        | Height (الطول): 185 cm         |
| Pulse (النبض): ppm           | Blood Pressure (الضغط الدم): / |
|                              | Blood Type (نمى الدم): O+      |
|                              | Blood Sugar (سكر الدم):        |

سبب زيارة المريض للعيادة

محل ليزر على عرض الاربطنه الكيني ، رضى به ، زهر رطل )

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التخين) : Y / N

Alcohol (الكول) : Y / N

Drugs (تعاقي 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

.....







precisely Kindly Answer the following questions

ميرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

|  |   |
|--|---|
| 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 الاحتراق , قليلة التسمير   |
| <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned                   | <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عدم التسمير   |
| <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned                  | <input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة التسمير   |
| <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned                  | <input checked="" type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة التسمير                                      |
| Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No | هل ظهرت لديك سابقاً علامات <u>هربس</u> أو جدرى ؟ <u>نعم</u> / لا  |
| Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No | هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ <u>نعم</u> / لا                                |
| Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/No     | هل تناولت عقار <u>الأكوتان</u> / <u>اليسوتريتونين</u> خلال الست أشهر الماضية؟ <u>نعم</u> / لا           |
| Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes/No   | هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض <u>الجليكوليك</u> أو <u>الهيدروكينون</u> في منطقة العلاج ؟ <u>نعم</u> |
| Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No  | هل قمت بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال الـ 6 أسابيع الماضية؟ <u>نعم</u> / لا      |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? .....                 | متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس مدة طويلة أو قمت بحملة تسمير؟ .....                             |
| Do/ Did you use any tanning products? Yes / No                         | هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ <u>نعم</u> / لا   |
| Do you Have any tattoos on site? Yes / No                              | هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج ؟ <u>نعم</u> / لا   |
| Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No      | هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ <u>نعم</u> / لا                                      |
| What products you are using for your skin recently?.....               | ماهي المنتجات التي تستخدمونها / تستخدمها لبيروتك حالياً؟ .....  |
| Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No                  | هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ <u>نعم</u> / لا   |
| For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No                                | السيدات فقط : هل أنت حامل؟ <u>نعم</u> / لا  |
| Have you done any permanent make up? Yes / No                          | هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ <u>نعم</u> / 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

الاسم و التوقيع

Date

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

التاريخ

18/7/2026

أقر أنا .....  
مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المصنوع.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصليات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر. وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المبالغ قبل وبعد الجلسات و احتفاظ استجابة الأشخاص للعلاج. و اني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالمكياج و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بانني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تفادي 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 العلاجات و المسامية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أفهم 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 الحرق، و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الي عدة ايام بعد العلاج. نفس أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الي المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 750.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-010215

Date: 18-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1005149 - alaa 00. - 971526862679

The sum of Dhs. Seven Hundred Fifty Only

By Cash 750.00 / By Credit Card 0.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being ADVANCE FOR 12 SESSIONS HALF LEGS + HALF ARMS + BIKINI UNDER ARMS +VAT BALANCE 825

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

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