



File No: .....

Date: 25/7/2022

Date: ... / ... / ...  
Patient Name: Sally Basku  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 18/5/1994 Gender (الجنس): M (F)  
Nationality (الجنسية): ...  
Address (العنوان): ...  
E-MAIL: .....

File Number: 1005222  
اسم المريض: ...  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): ...  
Phone No. (رقم الهاتف): 555733949...  
How did you know about us: .....

التاريخ الطبي	
Medical Condition	Yes/No نعم / لا
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	نعم
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيعات للدم؟	لا
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	لا
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	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 أقرار 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 الأفضل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكر في القصة الأولى 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 الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتابع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجديدية 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 الألم 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 قضي الملف صحيحة. و أتفهم ان أي 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 بكمال 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 (نمىة الدم):
Pulse (النمى):	ppm	Blood Pressure (مىط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زياره المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History (التاريخ المرضى):					
Allergies (الحساسىة)					
Medications (الأوىة)					
Pregnancy (الحمل)					
Previous Surgeries, Hospitalization (عمليات سابقة ، اىخال المىشفى)					
Smoking (التخمىن):	Y / N	Alcohol (الكول):	Y / N	Drugs (معاظى المعاقىن):	Y / N

الملاحظاى العامة و السررىة General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعىة Radiography

التشمىص Diagnosis







007747630

دولة الامارات العربية المتحدة  
UNITED ARAB EMIRATES

استوفيت الرسوم



دبي  
DUBAI



الرقم الموحد U.I.D. No  
1475556467

الملف File  
201/2014/3094660

رقم الجواز Passport No  
N007747437

الاسم Name  
سالي بسام باكو  
SALI BASSAM BAKO

المهنة Profession  
ربة بيت  
HOUSE WIFE

الوكيل Sponsor  
نائل منير ططري  
NAEL MUNIR TATARI

تاريخ الاصدار Issue Date  
2018/07/07

تاريخ الانتهاء Expiry Date  
2020/07/06



التوقيع Sign

تعتبر الإقامة لاصية لا يجوز مالتها الاقامة خارج دولة الامارات مدة ستة اشهر  
Residence Permit becomes invalid if bearer resides out of the U.A.E. for more than six months.



PPRP Treatment Consent Form **القرار باستعمال البلازما الغنية بالصفائح الدموية**

**Description of Treatment**

This treatment involves the collection of your blood (approximately 11 - 22 ml), then your blood is spun down using a centrifuge to separate out the plasma and platelet portion using the separator gel as a special filter. The PRP portion of your blood is then used at the point of care to re-energize your cells into rejuvenating themselves. The product is 100% your own blood by-product (autologous). If you have any questions please do not hesitate to ask your physician or nurse.

**Side Effects**

you will likely experience mild to moderate swelling of the treated area, this will last for about 12- 24 hours; ice or cold compresses can be applied to reduce swelling if required. You may notice a tingling sensation while the cells are being activated. In rare cases skin infection may occur, which is easily treated with an anti-biotic.

**Contraindications**

You should not have PRP treatment done if you have any of the following conditions: Skin conditions and diseases including: Facial cancer, existing or uncured. This includes SCC, BCC and melanoma, systemic cancer, chemotherapy, steroid therapy, dermatological diseases affecting the face (i.e. Porphyria), Blood disorders and platelet abnormalities, Anticoagulation therapy (i.e.: Warfarin)  
**Platelet dysfunction syndrome, critical thrombocytopenia, hypofibrinogenaemia, haemodynamic instability, sepsis, chronic liver disease, Hepatitis or any acute or chronic infections.**  
Aspirin, Anti-inflammatory such as Nurofen, Voltaren, Diclofenac, or Naproxen etc.? St Johns Wort, Garlic,

Are you currently taking, or have you recently taken (within 14 days) Vitamin E, or Fish Oil supplements that could have a thinning effect

on your blood.

**In case of presence of any previously mentioned**

**contraindications please mention it here**

Or Ask the doctor if you are not sure or you have any questions.

Patient's Name and Signature:

\_\_\_\_\_

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

اسم المريض / التوقيع

\_\_\_\_\_ SALLY

التاريخ: .... / .... / .....

**وصف العلاج**

يقصم العلاج باستئصال البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ كمية من دم المريض تساري تقريبا (١١ - ٢٢ مل) ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام سائل فصل التثقيب بشكل خاص. ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و إعادة التخلية لها.

هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض. اذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص أو أي من موظفي المركز.

**الاحتمال للجانبية**

قد تعاني من بعض التورم الطفيف الى المتوسط في المنطقة المعالجة. و قد يستمر هذا التورم من (١٢-٢٤) ساعة ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة القوية اذا تطلب الأمر. من الممكن ان تشعر ببعض الخبز الخفيف بينما يتم تشييد الخلايا. نادرا ما يصاحب العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضادات الحيوية.

**موانع العلاج**

لا يجب ان تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية:  
- امراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخلايا المرشقة و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا السجنية و السرطان الجهازي و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الامراض الجلدية التي تصيب الوجه (مثل: البروفيريا)، امراض الدم و الخلل في الصفائح الدموية، علاج تشتر الدم (مثل: الوارثين).

- متاعزة خلال الصفائح الدموية، نقص الحاد في عدد الصفائح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار تدفق الدم، حالات التشنج الدموي، امراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.

- تناول الاسبرين و مضادات الالتهاب الستيرويدية و الفيتارين و الديكليفينيك و الابروكسين، أو مستحضرات التجميل. أو اذا كنت تتناول حاليًا (خلال الاربعة عشر يومًا للمسبق) مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي الى ترقق الدم.

في حالة وجود اسم موانع العلاج التي سبق ذكرها يرجى كتابة ذلك هنا

و اذا لم تكن متأكدًا أو كنت لديك أي استفسارات اسأل الطبيب المختص.

I understand that due to the natural variation in quality of Platelet rich plasma, results will vary between individuals. I understand that although I may see a change after my first treatment, I may require a series of up to 6 sessions to obtain my desired outcome. The procedure and side effects has been explained to me including alternative methods; as have the advantages and disadvantages. I am advised that though good results are expected, the possibility and nature of complications cannot be accurately anticipated and that, therefore, there can be no guarantee as expressed or implied either as to the success or other result of the treatment. I am aware that the PRP treatment is not permanent as natural degradation will occur over time.

I authorize Dr. ....  
from Orchid Medical Center, perform the injection of PRP (Platelet Rich Plasma) for rejuvenation. This consent form will be valid for up to 6 applications of PRP, after which time I may be asked to compete a new form. I state that I have read (or it has been read to me) and I understand this consent and I understand the information contained in it. I have had the opportunity to ask any questions about the treatment including risks or alternatives and acknowledge that all my questions about the procedure have been answered in a satisfactory manner and that all blanks were filled in prior to my signature and I had the right to refuse the treatment. THIS CONSENT FORM IS VALID UNTIL ALL OR PART IS REVOKED BY ME IN WRITING. When completing the medical questionnaire, I have answered the personal medical history questions fully and to the best of my ability.

Patient's Name and Signature: \_\_\_\_\_

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

أفهم أن نتائج هذا العلاج قد تتفاوت من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية.  
وأفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من بعد جلسة العلاج الأولى قد احتاج حتى ٦ جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

أقر بأن هذا الإجراء الطبي وآثاره الجانبية و بدائه الممكنة و منافعه و مضاره قد شرحت لي بشكل كامل.  
و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المعاسفات و طبيعتها بدقة. وبالتالي، لا توجد أي ضمانات واضحة أو ضمنية لنجاح هذا العلاج أو أي نتائج أخرى.  
أدرك أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجاً دائماً لأن التراجع الطبيعي سوف يحدث مع الوقت.

أفوض الدكتور .....  
من مركز أوركيد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لإعادة النضارة. و إن هذا الإقرار و التفويض سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قادمة.  
و أنني قد احتاج لتوقيع اقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الإقرار بالكامل (أو قد تمت قرأته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.  
و إنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الأخطار و الأعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له. و أن جميع أسئلتي قد أجيب بشكل كامل و وافق و أن جميع الأجابات التي ضمنيتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملأها قبل توقيعى أدناه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

ان هذا الإقرار صالح بالكامل حتى أنهى كاملاً أو جزئياً و بخط اليد.

أقر أنني قد ملأت استمارة الاستئذنة الطبية و شرحت تاريخي الطبي بشكل كامل و بكامل إرادتي.

اسم المريض / التوقيع

 SALLY

التاريخ: ... / ... / ....





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,890.00

No: REC-010347

RECEIPT VOUCHER

Date: 25-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1005222 - sally baku - 971557339490

The sum of Dhs. **One Thousand Eight Hundred Ninety Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,890.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **advance for 3 sessions prp + biotin + 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

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**

**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**