



File No: .....

Date: / /

Date: 19/12/2020 File Number: 105498  
Patient Name: Wafaa Dweikat اسم المريض  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 17/13/1991 Gender (الجنس): M / (F) Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married  
Nationality (الجنسية): Jordanian Occupation (الوظيفة): Teacher  
Address (العنوان): Alkhan - Tiger 5 Phone No. (رقم الهاتف):  
E-MAIL: Wafaa.dweikat.91@gmail.com How did you know about us: I am living near your clinic

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة ... إنسالة ... جمال  
Health ... Sord ... Beauty

### 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 19 / 8 / 2020

### 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 الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم 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 الاجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاجات و الاجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو القورم أو الزيف 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 قدمته لدي فتحتي للملف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر ان 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 (لن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / ...

## Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

### Vital Signs المؤشرات الحيوية

|                 |     |                            |    |                          |
|-----------------|-----|----------------------------|----|--------------------------|
| Weight (الوزن): | Kg  | Height (الطول):            | cm | Blood Type (فصيلة 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<br>عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى |                               |                               |
| Smoking (التدخين): Y / N   | Alcohol (تعاطي الكحول): Y / N | Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N |

### General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

### Examination الفحص

### Radiography الصور الشعاعية

### Diagnosis التشخيص







استمارة تقييم و اقرار لازالة الشعر بالليزر Evaluation and consent Form for Laser Hair Removal Treatment

\*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة precisely Kindly Answer the following questions

|  |   |
|--|---|
| 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 الاحترق , قليلة الاسمرار                                   |
| <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned                   | <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديدة الاسمرار                                   |
| <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned                  | <input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار                                   |
| <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned                  | <input checked="" type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار                        |
| Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No                           | هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم / لا   |
| Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No | هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا                       |
| Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No    | هل تناولت عقار الاكوتان/ الايسوتريتونين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا                  |
| Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydeoquenon on Site?Yes / No    | هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلاليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا |
| Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No  | هل قمت بنتف او كي او إزالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا |
| Did you get exposed to sun or got tanned lately? .....                 | متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة او قمت بجلسة تسمير؟ 2 years ago        |
| Do/ Did you use any tanning products? Yes / No                         | هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم / لا   |
| Do you Have any tattoos on site? Yes / No                              | هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا   |
| Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No      | هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات او مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا                               |
| What products you are using for your skin recently?.....               | ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟ .....                                |
| Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No                  | هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا   |
| For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No                                | للسيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا   |
| Have you done any permanent make up? Yes / No                          | هل قمت سابقا بإجراء ميكياج 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 ..... **وخاء د. دويك** ..... بقدمي الى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

و أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعطل قدرتها على انماء الشعر. و أتفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالطلق و النتف و الكريمات و ازالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت ازالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 اسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تفادي ازالة الشعر بالشمع او النتف قبل العلاج ب 6 اسابيع على الاقل.
- الوشوم و التاتو و الميكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسيات و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكوتان خلال الست اشهر الماضية او اي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.

أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية

قد تتضمن الاعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الاعراض الجانبية ستلاشى خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص او 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 للاستفسار و توجيه الاسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

Name and Signature

..... **وخاء د. دويك** .....

Date

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

التاريخ

2020/19

United Arab Emirates

Resident Identity Card



وزارة الإمارات العربية المتحدة

بطاقة هوية مقدم

ID Number / رقم الهوية / 784-1991 4185386-3

الإسم: وفاء سعيد احمد دويكات

Name: Wafa Saesd Ahmed Dweikat

الجنسية: الأرين





القرار بالعلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية PRP Treatment Consent Form

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 complete 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: ... / ... / ....

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

أقر بأن هذا الإجراء الطبي و آثاره الجانبية و بدائله الممكنة و منافعها و مضارها قد شرحت لي بشكل كامل.  
و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المضاعفات و طبيعتها بدقة. و بالتالي، 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 ان هذا الاقرار و التفويض سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قادمة.  
و أنني قد أحتاج لتوقيع اقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الاقرار بالكامل (او قد تمت قراءته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.  
و إنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لعرض أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الاخطار و الاعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له. و أن جميع أسئلتي قد أجيببت بشكل كامل و وافى و أن جميع الاجابات التي ضمنيتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملؤها قبل توقيعي أدناه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

ان هذا الاقرار صالح بالكامل حتى ألغيه كاملاً أو جزئياً و بخط اليد.

أقر أنني قد ملأت استمارة الاسئلة الطبية و شرحت تاريخي الطبي بشكل كامل و بكامل ارادتي.

اسم المريض / التوقيع

  
Waha Dweikat  
التاريخ: 2020/8/19



## القرار بالعلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية PRP Treatment Consent Form

### 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, Votaren, 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.

### وصف العلاج

يتضمن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينة من دم المريض تساري تقريبا (١١ - ٢٢) مل. ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام سائل فاصل للتفتية بشكل خاص. ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و اعادة التنضارة لها. هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض. اذا كان لديك أي اسئلة او استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص او اي من موظفي المركز.

### الأعراض الجانبية

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

### موانع العلاج

- لا يجب أن تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية:
  - الأمراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخلايا الحشرية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصبغية و السرطان الجهازى و العلاج الكيميائى و العلاج بالستيرويدات و الأمراض الجلدية التي تصيب الوجه (مثال: البروفيريا)، أمراض الدم و الخلل في الصفائح الدموية، علاج تخثر الدم (مثال، الوارفارين)
- متلازمة خلل الصفائح الدموية، النقص الحاد في عدد الصفائح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار تدفق الدم، حالات التعفن الدموي، أمراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائى أو أي التهابات مزمنة أو حادة.
- تناول الاسبيرين و مضادات الالتهاب كالتايبروفين و الفوتارين و الديكلوفيناك و النابروكسين. او مستخلصات الثوم. او اذا كنت تتناول حاليا (خلال الاربعة عشر يوما الماضية) مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي الى ترقق الدم. في حالة وجود احد موانع العلاج التي سبق ذكرها يرجى كتابة ذلك هنا

.....  
.....  
.....

و اذا لم تكن متأكدًا أو كانت لديك أي استفسارات اسأل الطبيب المختص،

Patient's Name and Signature:

اسم المريض / التوقيع

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

التاريخ: ... / ... / .....