



File No: 1005647

Date: 31 / 8 / 2020

Date: 31 / 8 / 2020

File Number: 1005647

Patient Name: Fatima Ahmad Ibrahim أحمد إبراهيم أحمد

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 6 / 2 / 1994 Gender (الجنس): M / (F) Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية): Jordanian Occupation (الوظيفة): Doctor

Address (العنوان): ... Phone No. (رقم الهاتف): 050 9770 558

E-MAIL: el.fania@gmail.com How did you know about us: Social Media

Medical Condition الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	لا	
Cortisteroids/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؟	لا	
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 مميعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لو كيميا (فقر الدم)	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 هل تعاني من أي أمراض أخرى؟	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 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 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 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 التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم 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 أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى 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 قدمته لدي فتحتي للملف 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 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: 2020 / 8 / 31

# استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

## المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (فصيلة الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):

## سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History: التاريخ المرضي:		
Allergies الحساسية:		
Medications الأدوية:		
Pregnancy الحمل:		
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى		
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (تعاطي الكحول): Y / N	Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

## الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

### الفحص Examination

### الصور الشعاعية Radiography

### التشخيص Diagnosis

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....







استشارة تقديم 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 <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عنيدة الاسمرار <input checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
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 <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الاكوتان/ الايسوتريتونين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquenen on Site?Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلاليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بنتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال ال 6 اسابيع الماضية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Did you get exposed to sun or got tanned lately? .....	متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
What products you are using for your skin recently?.....	ماهي المنتجات التي تستخدمينها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟ .....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
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 مكياج دائم للوجه؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

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

.....

انا ..... بالاسم ..... اوافق على ..... بقدمي الى : اوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر.

فهم ان اشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم ساقها في الاصابع الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انماء الشعر. فهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع مر والتزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص . و اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق والتنق والكريمات وإزالة مر بالشمع والكي و اني اهتمت ازالة الشعر بالليزر.

بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 اسابيع قبل وبعد العلاج.
- يب تفادي إزالة الشعر بالشمع أو التنق قبل العلاج ب 6 اسابيع على الاقل.
- وشوم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يب اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسيات و نوع البشرة لشخص الذين تناولوا عقار الاكوتان خلال الست اشهر الماضية او اي عقاقير تمنعهم من تعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.

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

راض الجانبية

تضمن الأهراس الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق، و من الممكن حدوث بعض التورم و بقاات، و هذه الأهراس الجانبية ستلتشى خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص يادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لاشعة مس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أنه قد أتيت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الاسئلة الى المعالج المختص و أني قد قرأت و ت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي، و أني تجاوزت الثامنة عشر من عمري او حصلت موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغي السن القانوني.

م و التوقيع

Radina

31/8/2020





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,575.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-011223

Date: 31-08-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1005647 - FATIMA IBRAHIM - 971509770558**The sum of Dhs. **One Thousand Five Hundred Seventy Five Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,575.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being **ADVANCE FOR 6 SESSIONS FULL BODY PKG 3000+VAT) BALANCE 1575**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@omc1.ae****www.omc1.ae**