



File No: 1005650

Date: 31 / 8 / 2020

Date: 31 / 8 / 2020

File Number: 1005650

Patient Name: Afraa Mahamed Turkman

Date Of Birth (تاريخ الميلاد) 02 / 08 / 2000 Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Syrian Occupation (الوظيفة): Student

Address (العنوان): Shakjiah Kbu-Camra Phone No. (رقم الهاتف): 054-4298254

E-MAIL: How did you know about us: friend

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



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 المزمحل،

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 التجديلية 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 أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب 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 لي 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: ... / ... /

31 - Aug - 2020

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

.....



*يرجى الاجابة على الاسئلة 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 , عديمة الاسمرار |
| <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned | <input checked="" type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار |
| <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned | <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 / 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 Hyeoquenon 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 أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال ال 6 اسابيع 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؟ |
| 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 أو مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا |
| 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 ازالة 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 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

/ /

انا عول بكات بقدمي الى مركز اوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر المتطور.

لهم ان اشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم ساقصها في الاصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انماء الشعر. فهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص الى اخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع مر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الاشخاص .ج. و اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفك و التفت و الكريمات و ازالة مر بالشمع و الكي و اني اخترت ازالة الشعر بالليزر.

بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 اسابيع قبل و بعد العلاج.
- جب تفادي ازالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 اسابيع على الاقل.
- وشوم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- جب اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسيات و نوع البشرة لأشخاص الذين تناولوا عقار الاكوتان خلال الست اشهر الماضية أو أي 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 سول على النتيجة المطلوبة.

راض الجانبية

تضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يضبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و بقعات. و هذه الأعراض 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 لأشعة مس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

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

م و التوقيع

.....

يع



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,575.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-011228

Date: 31-08-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1005650 - AFRAA MOHAMAD TURKMAN - 971544298254**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**