



File No:

Date: / /

Date: 1 / 9 / 2020

File Number: 1005661

Patient Name: Carole Ismael : اسم المريض

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 30 / 4 / 95 Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Nationality (الجنسية): Lebanese Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Shj. Al Jawan Phone No. (رقم الهاتف): 0502112021

E-MAIL: carole.ismael.1@gmail.com How did you know about us: Instagram

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؟	Yes	
Cortisteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	NO	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	NO	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت 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)، لو كيميا (فقر الدم)	NO	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض أخرى	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 أخرى	NO	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	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؟	✓	Prediabetic
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟	NO	



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة ... ابتسامة ... جمال
Health ... Smile ... 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: ..1 / ..9 / 2020

نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و الموهل.

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 أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الاجراءات 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 الاجراءات 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 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

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 (التخين): 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 <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input checked="" type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	ما هو الوصف المناسب لنوع بشرتك ؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / <input checked="" type="checkbox"/> 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 / <input checked="" type="checkbox"/> No	هل تناولت عقار الاكيتوان/ الايسوتريتونين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydeoquenon on Site? Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلاليكوليك أو الهايدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / <input checked="" type="checkbox"/> 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? on: 29/8 Do/ Did you use any tanning products? Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No	متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No	هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / <input checked="" type="checkbox"/> 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 / <input checked="" type="checkbox"/> No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No	للسيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / <input checked="" type="checkbox"/> 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

Carole Ismail

Date

1/9/2020

انا بالقبول
: اوركييد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز اوركييد الطبي باستخدام جهاز ليزر المتطور.

فهم ان اشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم ساقصها في الاصباغ الموجودة في بصليات الشعر لتعمل قدرتها على انماء الشعر. فهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع حر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص . و اني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و النتف و الكريمات و ازالة حر 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.
- بب تفادي ازالة الشعر بالشمع أو النتف قبل العلاج ب 6 اسابيع على الاقل.
- وشوم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالمعالج بالليزر.
- بب اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسيات و نوع البشرة
- لشخصا الذين تناولوا عقار الاكيتوان 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 الاعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق، و من الممكن حدوث بعض التورم و بقاات، و هذه الاعراض الجانبية ستلاشي 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 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

يخ



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-011250)

Date:01-09-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1005661 - CAROLE ISMAIL - 971502112021

The sum of Dhs. **Five Hundred Twenty-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **525.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date: **01-09-2020**

Being **6 SESSIONS UNDER ARMS + VAT**

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

Confirmed by : 1005661 - CAROLE ISMAIL - 971502112021

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae