



File No: 1005897

Date: 26/9/2020

Date: 26/9/2020

File Number: 1005897

Patient Name: Zahra Ratib زهرة راتب

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

Nationality (الجنسية): مغربية Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Phone No. (رقم الهاتف): 0501181936

E-MAIL: How did you know about us:

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



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

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 لتتائج العلاجات و الاجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما 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 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 فتحي للملف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن 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
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

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

ورقة موافقة على العلاج بالفيلر

التاريخ: _____

انا السيد/السيدة _____ أؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الفيلر وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه.
لقد تم إبلاغي باحتمال ظهور بعض الأعراض الجانبية المصاحبة لحقن مادة الفيلر، والتي من المحتمل ظهورها بعد الجلسة مباشرة أو مؤخرا والتي قد تحتوي على:
التهابات (احمرار، وذمة، إرخ) وأيضا قد تصاحب شعور بالحك، ألم عند الضغط وذلك يكون بعد الحقن مباشرة. هذه الأعراض قد تستمر لمدة أسبوع.
ورم دموي - تيبس في المنطقة المحقونة- تلون في المنطقة المحقونة - حدوث انتفاخ او تورم او التهاب او حساسية - حدوث تأثير بسيط أو عدم حدوثه
بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة وسوف تختفي من تلقاء نفسها بعد عدة أيام من جلسة الحقن.

الآثار النادرة الأخرى تتضمن:

لا يمكن التنبؤ بمدة استمرارية الفيلر في الجسم سواء أقصر أو أطول من المدة المتوقعة
عدم تناظر الوجه - تغير طويل الأمد في لون الجلد - خمج فيروسي أو خمج جرثومي
ندبة- تقرح - ورم حبيبيومي - صدمة تحسسية - العمى
لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 6 إلى 9 أشهر مع التوقعات.
المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح.
إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او تأجيل المواعيد. وأيضا اتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.
أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور او الوصف المرفق

نعم لا

اسم المريض: _____

التوقيع: _____

اسم المعالج: _____

التوقيع: _____

استمارة الموافقة على العلاج بخيوط PDO

التاريخ: _____

أوافق على المعالجة بخيوط PDO وقد تم شرح أن هذه الخيوط من مادة بولي ديوكسانون المعقمة مع الكانيولا والتي تزرع تحت الجلد في الطبقة الشحمية لشد الوجه وإعطاء النضارة. تزداد النتائج بالتحسن لمدة شهرين وتستمر النتائج لمدة 10 إلى 12 شهر. ينصح بعدم تناول الأدوية المسيلة للدم قبل و بعد أسبوعين من الإجراء.


الآثار الجانبية

ألم في الأسبوع الأول-إحساس شد في المنطقة-كدمات-تورم-إحساس تحرك محدد-عدم تناظر بالوجه- غمازات بالجلد-التهاب وخمج بالجلد-أذية بالأعصاب أو الأوعية الدموية. معظم هذه الاختلاطات مؤقتة.

أتفهم أن النتائج تختلف من شخص لآخر وتعتمد على حالة الشخص، وأن المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج وعدم نشر الصور الا بالموافقة الموقعة مني.

التوقيع: 

اسم المريض: 

- Neck
- Jawline



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 5,200.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-011823)

Date:26-09-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1005897 - ZAHRA RATIB - 971507181936

The sum of Dhs. **Five Thousand Two Hundred Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **5,200.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date: **26-09-2020**

Being **8 THREADS + 2 ML FILLER + VAT**

Made by **Hiba**

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 : 1005897 - ZAHRA RATIB - 971507181936

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

www.omc1.ae