

- 5- هل استخدمت عقار " ريتين اي " أو منتجات حمض الجلايكونيك أو الهيدروكويزون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟
نعم لا
- 6- هل قمت بتقف او كي او ازالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال الست اسابيع الماضية ؟ نعم لا
- 7- متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس المباشرة لمدة طويلة او قمت بجلسة تسمير ؟

- 8-هل استخدم / مين اي مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم لا ومتى كان آخر استخدام لها ؟
- 9-هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم لا
- 10- هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات او مشاكل هرمونية ؟ نعم لا

11-ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركك حالياً؟

- 12- هل اجريت اي عملية ازالة شعر سابقاً؟ نعم لا

للنساء:

- 13-هل انت حامل؟ نعم لا

- 14-هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم لا

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا عبدالله مسافر عامر بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام جهاز ليزر ال Q-Switch

التفسير الكروني باستخدام لوشن الكروني يتيمه التفسير بالليزر هو أحد الإستطابات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إحصار الجلد، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح 3-5 جلسات معظمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

■ التفسير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتفسير بدون استخدام لوشن الكرون، بينما التفسير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكرون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

• إزالة الوشم بالليزر.

• الأورام الصبغية.

• تشقير الشعر.

• إزالة فطريات الاضافر (الوضع A)

• بئر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

• تناول عقار الأيسوترتينوين (الأيكوتان) خلال ال6 اشهر الماضية.

• الحمل والرضاعة.

- . الأمراض الجلدية والإلتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.
- . مشاكل في الجهاز المناعي.
- . الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي.
- . ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)
- . البهاق.

أتفهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوحة لن تتحقق بعد الجلسة الاولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى انتهاء خطة العلاج, و انا اتفهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي للليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج.وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

أتفهم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب, اتفهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الالتئام, ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

اتفهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت, تاثيرات مشابهة لتاثيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة ايام فقط, تغيرات صبغية (بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكة, الم,كدمات,التهاب,ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلي ايضا ابقاء عياني مغلقان اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة, وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتي وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التاريخ:

2-11-2017

اسم المريض/ولي امر المريض:
التوقيع:



REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQXO*

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report**File** **Valid Signature?**

Non-Modifiable Data (SF3) False

Modifiable Data (SF5) False

Holder Signature Image (SF7) False

Photography False

Home Address False

Work Address False

Card Holder Information

Name	Abdulla Risan,,,Shafi	IDN:	784197273190393	Mother Name:	
Name (Ar)	عبد الله ريسان,,,شافي	Card Number:	078498476	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	USA	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المتحدة الأمريكية		
Issue Date:	22/05/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	04/05/2018	Date of Birth:	27/05/1972	Sponsor Name:	اسم اف بوسنت فينسور فينغ-ش د م م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120142259539	Residency Expiry:	04/05/2018
ID Type:	IL	Occupation:	1232	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

11/2/2017

Patient Name:

FILE NO#

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
١٥/١١/٢٠١٤	Carbon Peaking Discount 30% FR1064 - 350 MJ X 1 PASS G1064 - 380 MJ X 1 PASS PTP 1064 - 380 MJ X 2 PASSES	590 400		

د. غوران نوفاتوفيتش
Dr. Goran Novatovitch
Specialist in Plastic Surgery
Mort License No.: V220
Orchid Medical Centre
مركز أوركيذ الطبي