

File No#: 1000036 Date: 5-11-17  
اسم المريض: Sahar Al-Jahany  
Patient Name: Sahar Al-Jahany  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 5-10-71 Gender (الجنس): M /  F  
Nationality (الجنسية): Jordanian Occupation (الوظيفة): /  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Divorced Phone No. (رقم الهاتف): 050/5978.977  
Contact Person in Case of Emergency: \_\_\_\_\_

How Did You Know About Us?

Saw on TV

### التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

\*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟  
1 - دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار  
2- دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار  
3  قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار  
4- نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار  
5- بشرة داكنة السمرة
- 2- هل ظهر لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره ؟  نعم \_\_\_ لا
- 3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ \_\_\_ نعم  لا
- 4- هل تناولت عقار "الأكيوتان" / الإيسوترينوين " خلال الست أشهر الماضية؟ \_\_\_ نعم  لا

- 5- هل استخدمت عقار " ريتينز أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكوينيون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟  
نعم  لا
- 6- هل قمت بتقف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال الست أسابيع الماضية؟ نعم  لا
- 7- متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس المباشرة لمدة طويلة أو 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 أو مشاكل هرمونية؟ نعم  لا
- 11- ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركك حالياً؟  
\_\_\_\_\_

- 12- هل اجريت اي عملية إزالة 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 حور طوير زكي بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لاجراء العلاج باستخدام جهاز ليزر ال Q-Switch

■ التقشير الكريونى باستخدام لوشن الكريونو يتبعه التقشير بالليزر هو احد الإستطبات 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 ,احمرار الجلد ,إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب), الندوب التي تتبع الحبوب, توسع مسامات الجلد, إزالة او تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح 3-5 جلسات معظمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكريون, بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكريون 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)

. بير إزالة الكاف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكيوتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

. الأمراض الجلدية والإتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإيدز و التهاب 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 رضائي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الي انتهاء خطة العلاج, و انا اتفهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الي 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 الي فترة شفاء.

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

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلي ايضا ابقاء عيناك مغلقتان 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 اسئلتني وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التاريخ: 17/11/2017

اسم المريض/ولي امر المريض: سكر الحصري

التوقيع: 

