

File No#: 100037 Date: 5/11/2017
اسم المرض: فاطمة هادي
Patient Name: Fatma Helmi
Gender (الجنس): M / F
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 11/2/1972
Nationality (الجنسية): اريدني
Occupation (الوظيفة):
Marital Status (الحالة الاجتماعية):
Phone No. (رقم الهاتف): 0547840929

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us?

Jumana Ahmed sharaf.

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
- 2- هل ظهرت لديك سابقا 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 / ايسوترتينونين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

5- بشره داكنة السمرة

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

توجه الى

- 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 سابقا بأي اختلالات او مشاكل هرمونية ؟ نعم لا.

11-ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركك حاليا؟

- 12- هل اجررت اي عملية ازالة شعر سابقا؟ نعم لا.

للنساء:

- 13-هل انت حامل؟ نعم لا.

- 14-هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم لا.

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا فاطمة محمد بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام جهاز ليزر ال Q-Switch

■ التفسير الكروني باستخدام لوشن الكرونو يتبعه التفسير بالليزر هو أحد الإستراتيجيات 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 أسابيع وجلسات من 3-6 أشهر.

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

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الاضافر (الوضع A)

. بير إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

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

. الحمل والرضاعة.

. الأمراض الجلدية والالتهابات 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 الي 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, تأثيرات مشابهة لتأثيرات 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, ألم,كدمات, التهاب بنوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلى ايضا ابقاء عيني 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: 2017/11/15

اسم المريض/ولي امر المريض: 
التوقيع:

