

File No#: 1000058 Date: 3/12/17
Patient Name: Sana Ghafoori اسم المريض: سانا محمد حسين
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 14/8/1988 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): لبنان Occupation (الوظيفة):
Marital Status (الحالة الاجتماعية): عزباء Phone No. (رقم الهاتف): 0503551551
Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us?

Partner 1st wife

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 ظهرت لديك 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 "الأكوتان" / الايسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

قبل سنة Befor 1 Year

. الأمراض الجلدية والإب و الأورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

قيد . مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء (ضعفه زوب الجلدي).

. 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/الانتان, ما عدا 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, ألم, كدمات, التهاب ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلى 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:

اسم المريض/ولي امر المريض:
التوقيع:

REDAD DATA
cAEAlOEBA83ODQxO*

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Sana,Ahmad,,Ghafour	IDN:	784198836514640	Mother Name:	
Name (Ar)	سناه احمد ، غفوري	Card Number:	077714217	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	ايران		
Issue Date:	27/03/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	21/03/2019	Date of Birth:	14/08/1988	Sponsor Name:	احمد حسين غفوري
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	05541413
Residency Type:	03	Residency Number:	30120043022619	Residency Expiry:	21/03/2019
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

12/3/2017

