

File No#: 1000059 Date: 3-12-2017
اسم المريض: _____
Patient Name: Aziza Ali (Harayer)
Gender (الجنس): M / F
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 5-4-1989
Occupation (الوظيفة): _____
Nationality (الجنسية): IRN
Phone No. (رقم الهاتف): 0563070370
Marital Status (الحالة الاجتماعية): متزوج
Contact Person in Case of Emergency: (050-8291717)

How Did You Know About Us?

My Friends (Darren)

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الإجابة 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 سابقاً علامات ندوب أو جدره ؟ نعم لا

3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التفوحات في منطقة العلاج ؟ نعم لا

4- هل تناولت عقار "الأكيوتان" / الإيسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

. الأمراض الجلدية والإتهابات 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 رضائي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى انهاء خطة العلاج, و انا اتفهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي لليزر 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/الانتقام, ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

أتفهم 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 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:

اسم المريض/ولي امر المريض:
التوقيع:

REDAD DATA

CAEAIOEBAA83ODQXO

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	Azizeh, Ali, Hosseini	IDN:	784198948420413	Mother Name:	
Name (Ar)	عزيزه علي حسيبي	Card Number:	074490436	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	ايران		
Issue Date:	17/08/2015	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	08/02/2018	Date of Birth:	15/01/1989	Sponsor Name:	سعود عبدالله خلفان الاحيش النقي
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	221434
Residency Type:	03	Residency Number:	30120063009514	Residency Expiry:	08/02/2018
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

12/3/2017

