

File No#: 1000092

Date: 17/12/2017

Patient Name: Badras اسم المريض: بادر

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 15/2

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): كويتي

Occupation (الوظيفة): media

Marital Status (الحالة الاجتماعية): عيب

Phone No. (رقم الهاتف): 05063222876

Contact Person in Case of Emergency:

(brother) Ahmed 0507653545

How Did You Know About Us?

My sister Dafeen

### 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 ظهوره لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ لا نعم

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

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

. 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 رضائي 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 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/ 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, الم,كدمات,التهاب ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلي ايضا ابقاء عيناوي 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.






٢٠١٧/٠٤/١٧ التاريخ:

اسم المريض/ولي امر المريض: **بريديس فرسان هليلف**



Patient Name:

FILE NO#

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
7/12/19	CARBON PEEL DONE	free	0	
12/8/19	Hair loss plan Meso Hair	950 Dr. Kanaf.		
9/8/19	Acne via face, No leg, 12 amul 8 axella.			
				
17/8/19	facial session	د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa الخصائي الجلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre		
				
	2 sessions scallus + polish + 2 compositivity			

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

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	Bardees Fursan,Abdulla,,Khalifah	IDN:	784197627279181	Mother Name:	
Name (Ar)	برديس فوسان عبدالله خليله	Card Number:	084357665	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	YEM	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	اليمن		
Issue Date:	12/07/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	09
Expiry Date:	08/07/2020	Date of Birth:	15/02/1976	Sponsor Name:	مركز حمدان بن محمد لاحياء التراث
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	03	Residency Number:	20120103047287	Residency Expiry:	08/07/2020
ID Type:	IL	Occupation:	01	Occupation Field:	00



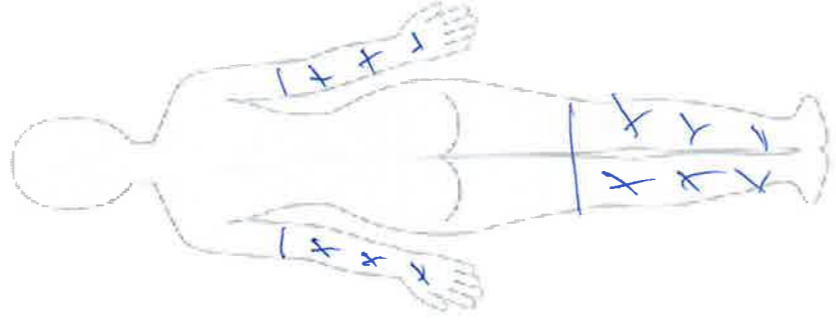
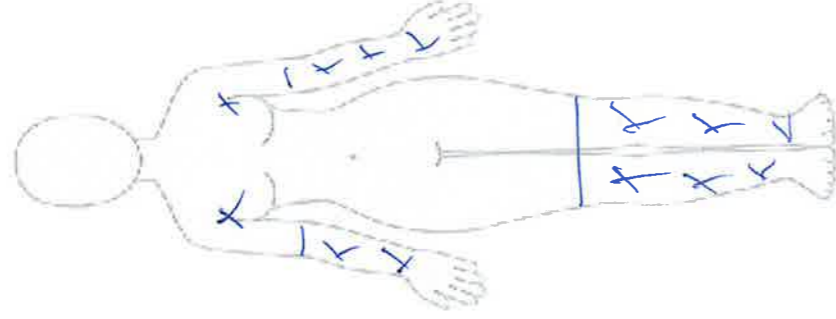
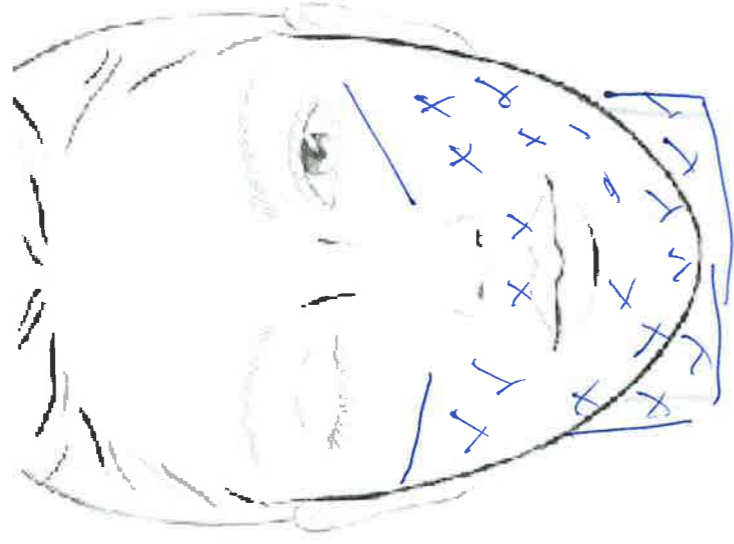
Photo

Signature Image

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

12/17/2017

Patient's Name: Bendees Khalifa .....: اسم المريض  
 File Number: .....: رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No .....: Yes  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	9/8/19					
Treatment Area	1/2 Face, 1/2 leg Arms : Axilla.					
Hair Type	M/DARK					
Mode	8/12-15					
Fluence						
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1					
Starting Time	2:30pm					
Finish Time	3pm					
Post Treatment	<i>[Signature]</i>					

Therapist Name and Signature .....