

File No#: 100dso Date: 20/1/2018
Patient Name: Wadea Alshihri اسم المرضي: ولاء الشحري
Date of Birth (الميلاد): _____ Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): Egyptian الوظيفة: _____
Marital Status (الحالة الاجتماعية): _____ Phone No. (رقم الهاتف): 050-1144550
Contact Person in Case of Emergency: _____

How Did You Know About Us?

Dr. Khalifa

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 سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم ___ لا ___

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

4- هل تناولت عقار "الأكوتان" / الايسوترتينين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم ___ لا ___

5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكويزون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟
_____ نعم _____ لا .

6- هل قمت بتنف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطة 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 أي 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 أو مشاكل هرمونية ؟ _____ نعم _____ لا .

11-ماهي المنتجات التي تستخدمونها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟

12- هل اجریت اي عملية إزالة 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 _____ بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج
جهاز ليزر ال Q-Switch باستخدام

■ التقشير الكربوني باستخدام لوشن الكربونو يتبعه التقشير بالليزر هو احد الإستطابات 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 الكربون, بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكربون مما يستهدف الأصبغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإنتهاب. 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 (الأكوتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

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

- . مشاكل في الجهاز المناعي.
- . الإصابة بالإيدز و التهاب الكبد الوبائي.
- . ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)
- . البهاق.

أفهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوة لن تتحقق بعد الجلسة الاولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى انتهاء خطة العلاج، و انا افهم 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.

أفهم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب، افهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الانتقام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

افهم 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،إتهاب،ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلني ايضا ابقاء عيني مغلقان 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:

