

File No#: 155010 Date: 13/2/2018
اسم المريض: _____
Patient Name: Laila Hameyba
Date of Birth (تاريخ الميلاد): - Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): - Occupation (الوظيفة): _____
Marital Status (الحالة الاجتماعية): single Phone No. (رقم الهاتف): -
Contact Person in Case of Emergency: _____

How Did You Know About Us?
Dawa Khalifa

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟
1 - دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار
2- دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار
3 - قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
4- نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
5- بشرة داكنة السمرة
- 2- هل ظهيرة لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم لا
- 3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التفريجات في منطقة العلاج ؟ نعم لا
- 4- هل تناولت عقار "الأكبوتان / الايسوترتينونين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

