

File No#: 1000191 Date: 13/2/2018
اسم المريض: _____
Patient Name: Aliya
Gender (الجنس): M / (F)
Date of Birth (تاريخ الميلاد): _____
Occupation (الوظيفة): _____
Nationality (الجنسية): _____
Phone No. (رقم الهاتف): _____
Marital Status (الحالة الاجتماعية): على طلاق
Contact Person in Case of Emergency: _____

How Did You Know About Us?

- Directly from a friend of Coila Kogbali

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 البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم لا
- 4- هل تناولت عقار "الأكوتان / الايسوترتينوتين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

