

File No#: 1000203 Date: 17/2/2018
اسم المريض:
Patient Name: Haba Almarsh
Gender (الجنس): M / F
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 21/11/1984
Nationality (الجنسية): France
Occupation (الوظيفة): -
Marital Status (الحالة الاجتماعية): -
Phone No. (رقم الهاتف): 056-7197048
Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us?
Doreen Khalifeh

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 , عديدة 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 التقرحات في منطقة العلاج؟ نعم لا

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

إقرار طبي لجهاز الإنديميد

أقر بأنني قد حصلت على المعلومات الكاملة المتعلقة باستخدام جهاز إنديميد برو الذي يستخدم طاقة الموجات الصوتية لشد الجلد.

استخدام طاقة الموجات الصوتية لشد الجلد ينتج حرارة عميقة في الجلد في منطقة العلاج. لا يجب ان يسبب العلاج أي ألم و عادة ليس لديه أي أعراض جانبية.

استخدام هذا الجهاز قد يسبب انتفاخا مؤقتا و احمرارا في الجلد, وفي حالات نادرة قد ينتج حرق في منطقة العلاج, وفي هذه الحالة الطبيب المعالج سوف يعالج هذه المنطقة حالا وسوف يتلقى المريض الارشادات حول العلاج المطلوب.

العلاجات البديلة لشد الجلد تتضمن الليزر او التكنولوجيا الضوئية . العلاجات التي تعتمد على الليزر تعتبر الاكثر الما وقد تسبب حروقات, بينما التي تعتمد على الضوء اقل فعالية من غيرها.

(أ) أقر بأنني اطلعت على البيانات أعلاه وأتفهم تواجها وأني قد وقعت هذا الإقرار بكامل إرادتي, وأني قد حصلت على نسخة منه موقعة ومترخة.

(ب) أوافق على اخذ صورة للعلاج للتقييم الطبي.

الاسم: _____

التاريخ: _____

التوقيع: _____



إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا _____ بقدمي إلى مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها من الأصباغ الموجودة في بصليلات الشعر و تعطل قدرتها على إنماء الشعر.

أتفهم أن النتائج تختلف من شخص لآخر باختلاف تاريخهم الطبي ونوع بشرتهم ونوع الشعر و التزام المريض مع تعليمات ما قبل وبعد العلاج بالليزر و إختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وأنا على علم بالطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق , التنف , الكريمات , وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تلقيت التعليمات التالية :-

. لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات تسمير البشرة لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج لتقادي زيادة الأعراض الجانبية.

. يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع او التنف قبل العلاج ب6 أسابيع على الاقل.

. الوشوم/التاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

. يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك على العلاجات والحساسية ونوع البشرة.

. الأشخاص الذين تناولو عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو تناولو أي عقاقير تمنعهم من التعرض إلى أشعة الشمس لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

الأعراض الجانبية قد تتضمن احمرار البشرة بما يشبه الحروق. بعض الإنتفاخ والتشقق من الممكن حدوثه. هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ونادرا ما تدوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام واقيات الشمس.

United Arab Emirates
دولة الإمارات العربية المتحدة
Driving License
رخصة قيادة

1707086

110048
110048
110048

1707086

Maha Al Marush
France

21/11/1984

30/07/2021

30/07/2021

Dubai

رقم الرخصة
الاسم
الجنسية
تاريخ الميلاد
تاريخ الإصدار
تاريخ الانتهاء
جهة الإصدار

رقم الترخيص
110048

File No#: 1000203 Date: 17/2/2018 اسم المريض:
 Patient Name: Maha Almuash Gender (الجنس): M / F
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 21/11/1984 Occupation (الوظيفة):
 Nationality (الجنسية): France Phone No. (رقم الهاتف): 056-7197048
 Marital Status (الحالة الاجتماعية):
 Contact Person in Case of Emergency: Dawaa Khalifa

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم/لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No نعم/لا	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	Yes/No نعم/لا	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم/لا	
	Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	Yes/No نعم/لا	
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No نعم/لا	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميحلات الدم؟	Yes/No نعم/لا	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، أنيميا (فقر الدم)	Yes/No نعم/لا	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، أمراض أخرى	Yes/No نعم/لا	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تتعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم/لا	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للتساءع: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ممانع للحمل؟ هل تعطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No نعم/لا	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم/لا	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم/لا	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تتعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم/لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تتعاطى من مرض الغدة النخالية أو مرض السكري؟	Yes/No نعم/لا	
Other	Other conditions* HSV, HIV...etc	Yes/No نعم/لا	

For Doctor's Use Only لا استعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint:

السجل الطبي
Medical History

Diseases: _____ Medication: _____

_____ Allergies: _____

Hospitalization: _____ Pregnancy: _____

_____ Family History: _____

Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N

Remarks: _____

Clinical Findings:

Radiography:

Examination :

Diagnosis: *Discoloration of tooth*

Medical Consent Form

I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition, which has been explained to me by the qualified physician.

I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.

I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.

I authorize my treating doctor to perform such procedure, which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as to a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risk and hazards to the performance of the diagnostic and /or surgical procedure. I realize that common surgical or diagnostic procedure are potential for an infection, swelling, bleeding and allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full after the completion of each treatment.

I understand that any information that I provide regarding my medical status will be kept completely confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that form has been fully explained to me and that I have read it understand its contents.

Patient Signature/ Guardian (In case of minor(s):

Date: 17/02/2018

Dentist Signature:

نموذج إقرار طبي

أوافق و اسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

أتفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

إن أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امالك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

