

File No#: 1000210

Date: 18/2/18

اسم المريض:

Patient Name: Rawan Hamidah

Date of Birth: 2-Jan-1987 (تاريخ الميلاد) Gender: M / F (الجنس)

Nationality: Jordan (الجنسية) Occupation: Special Educator (الوظيفة)

Marital Status: Single (الحالة الاجتماعية) Phone No.: 056-3743025 (رقم الهاتف)

Contact Person in Case of Emergency: esa-2137070

How Did You Know About Us? Friends

	الحالة الطبية / Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	Yes/No نعم / لا	NO
	Corticosteroids/immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	Yes/No نعم / لا	NO
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	NO
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تتلقى من أي أمراض؟	Yes/No نعم / لا	NO
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	NO
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No نعم / لا	NO
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم) (فقر الدم)	Yes/No نعم / لا	NO
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبتين، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم / لا	NO
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تتلقى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	NO
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل كنت حامل؟ هل تتعاطين أي مفتح الحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No نعم / لا	NO
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم / لا	NO
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أمراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم / لا	NO
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تتلقى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	NO
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تتلقى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	NO
Other	Other conditions? HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...etc	Yes/No نعم / لا	NO

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint:

Regular check up

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 :

Previously had varicella

Diagnosis: *Gingivitis*

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 minors):

Date: 18. Feb. 18

Dentist Signature:



نموذج إقرار طبي

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

أتفهم انه من أجل تزويدي بعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الاجراءات الطبية الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

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

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

أتفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناجمة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم احتمالية حدوث عوى 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 اني املاك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الاقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الاقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:



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	Rawan,Isam,A.,Hamidh	IDN:	784198765080571	Mother Name:	
Name (Ar)	روان عصام اسعد حميد	Card Number:	081806048	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن	Sponsor Type:	06
Issue Date:	24/01/2017	Sex:	F	Sponsor Name:	جمعية الأمل لتأهيل متلازمي دارون
Expiry Date:	17/01/2020	Date of Birth:	02/01/1987	Sponsor Number:	00
Marital Status:	02	Husband IDN:		Residency Number:	17/01/2020
Residency Type:	07	Residency Number:	20120167271423	Occupation Field:	00
ID Type:	IL	Occupation:	2320		



Photo



Signature Image

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

2/18/2018

ORCHID MEDICAL CENTER
SPECIAL PACKAGE TREATMENT FOLLOW UP FORM

PATIENT NAME: RAWAN HAMIDH

FILE #: 1000210
FILE DATE: 17/3/2018

NAME OF PACKAGE: LHR FULL BODY X 6 SESSIONS

NO: SESSION	DATE	TREATMENT NAME	SIGNATURE OF DOCTOR/TECHNICIAN
1	DATE: 17/3/2018	LHR FULL BODY	<i>Rawan</i>
2	DATE: 21/4/2018	LHR FULL BODY	<i>Rawan</i>
3	DATE: 12/5/2018	LHR FULL BODY	<i>Rawan</i>
4	DATE: 23/06/18	LHR FULL BODY	<i>Rawan</i>
5	DATE: 15/9/18	LHR FULL BODY	<i>Rawan</i>
6	DATE:		
7	DATE:		
8	DATE:		
9	DATE:		
10	DATE:		
11	DATE:		

TOTAL NO: OF SESSIONS: 6

TREATMENT START DATE: 17/3/2018

TREATMENT END DATE:

File No#: 1000210

Date: 17/3/2018

اسم المريض:

Patient Name: RAWAN HAWMIDH

Date of Birth (تاريخ الميلاد):

Gender (الجنس): M / (F)

Nationality (الجنسية):

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف):

E. MAIL:

How Did You Know About Us?

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 ؟ نعم لا

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

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

5- هل استخدمت عقار " ريتين اي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟

نعم لا

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا يوليا صمد بقدمي إلى مركز أوركيد الطبي / المشاركة 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 بصيلات 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 , التفت , الكريمات , وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تلقيت التعليمات التالية :-

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

. يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع او التفت قبل العلاج ب6 أسابيع على الأقل.

. 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 نادرا ما تدوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام واقيات الشمس.



أقر أن أي صور قد يتم التقاطها للعلاج ستبقى مجهولة الهوية و قد يتم استخدامها للأغراض العلمية والإعلامية.

أقر انه قد أتحت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت وفهمت محتوى هذا الإقرار. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حالة عدم بلوغي السن القانوني قبل إجراء العلاج.

التاريخ: 2018/3/17

الاسم: روت صباح صيدو

توقيع المريض:

توقيع ولي أمر المريض(من هم دون السن القانوني):

بشهادة:

Circle areas to be treated:

FILE # : 1000210

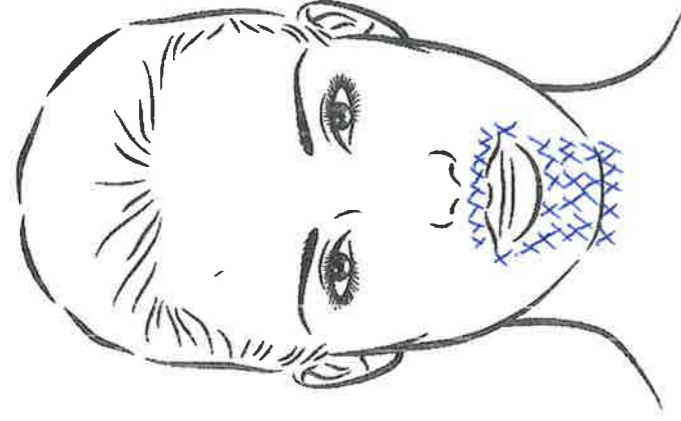
Other

RAWAN HAMIDH

1HR FULL BODY

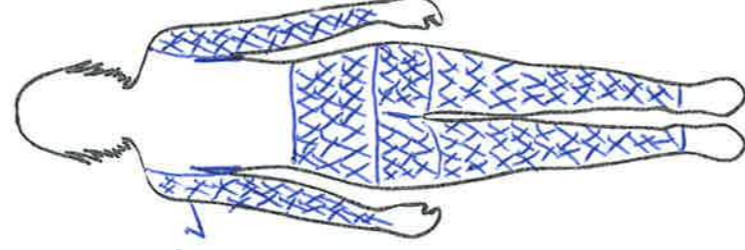
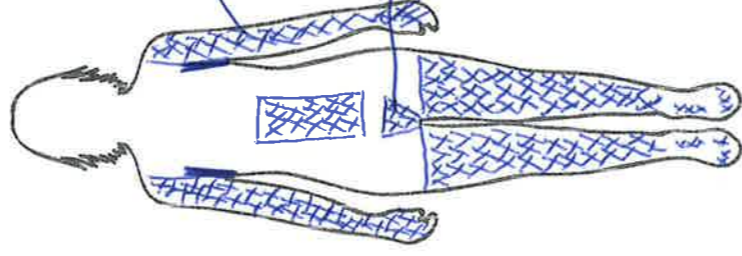
START TIME: 10:45 AM

END TIME: 12:50 PM



Front

Back



Circle areas to be treated:

Other _____

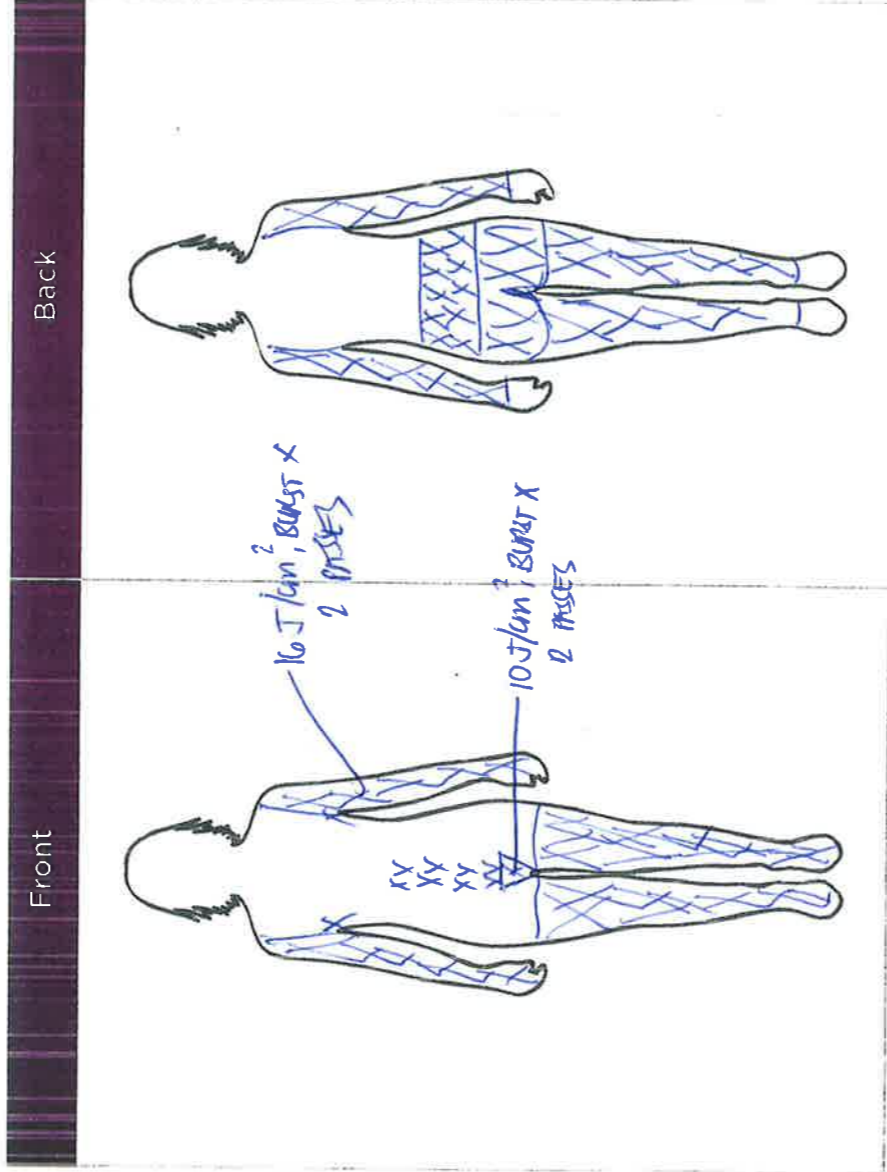
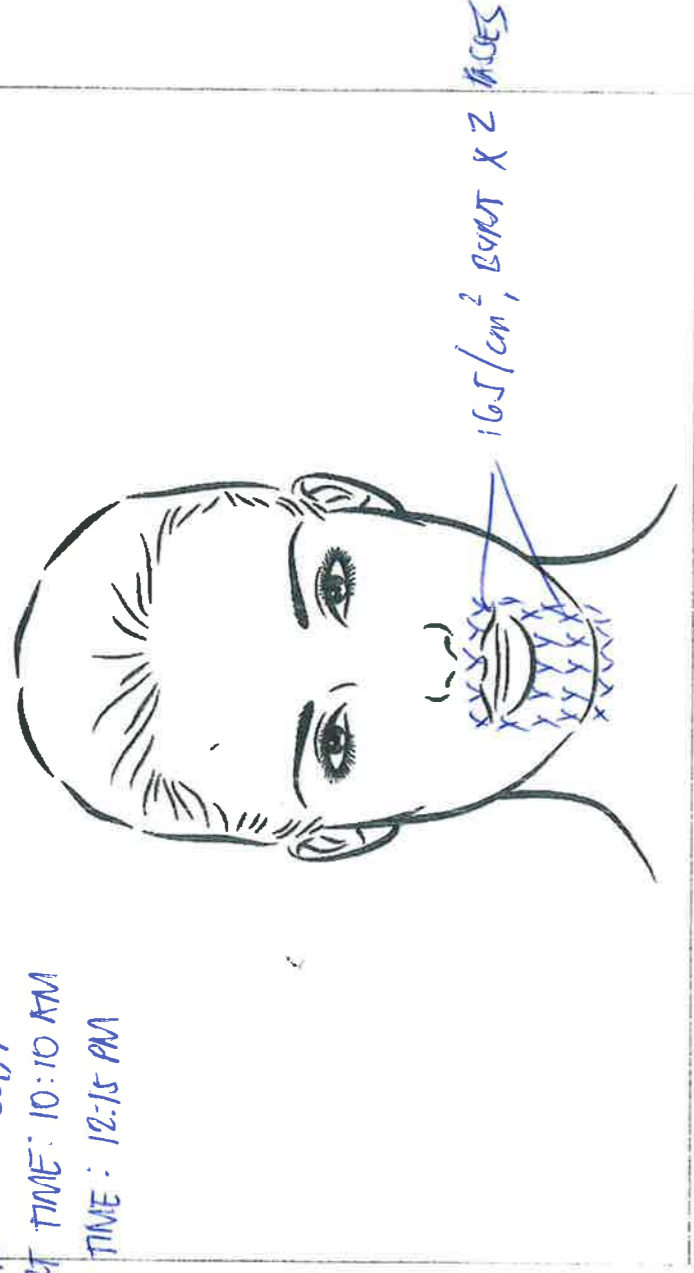
RAWAN HANVIDH

12/5/2018

LHR Full Body

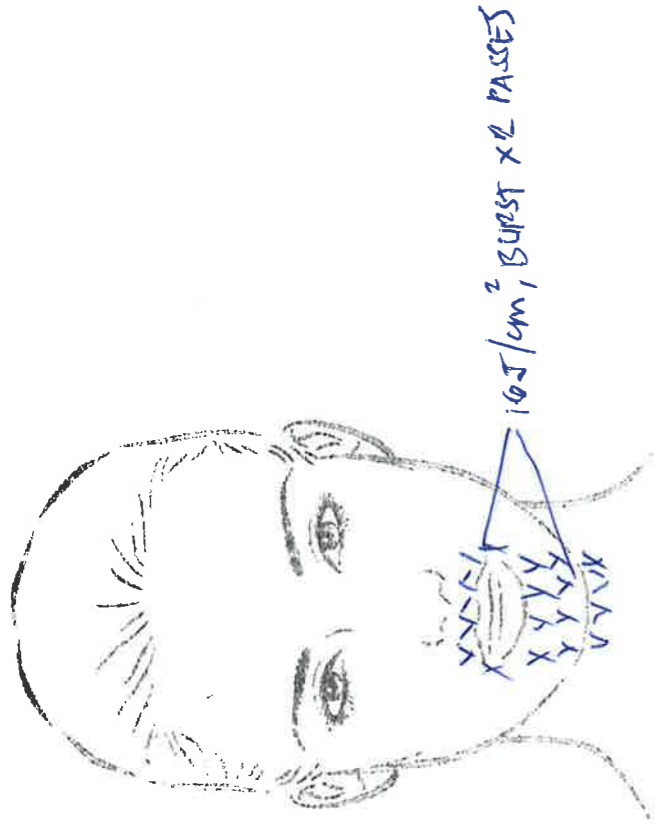
START TIME: 10:10 AM

END TIME: 12:15 PM



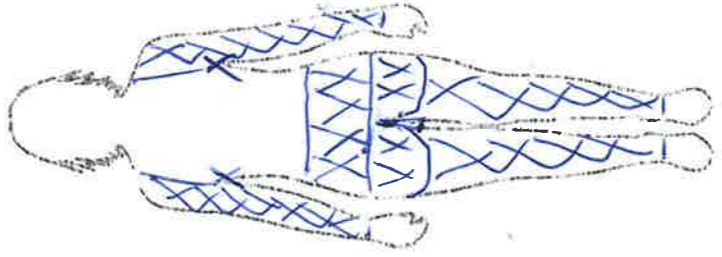
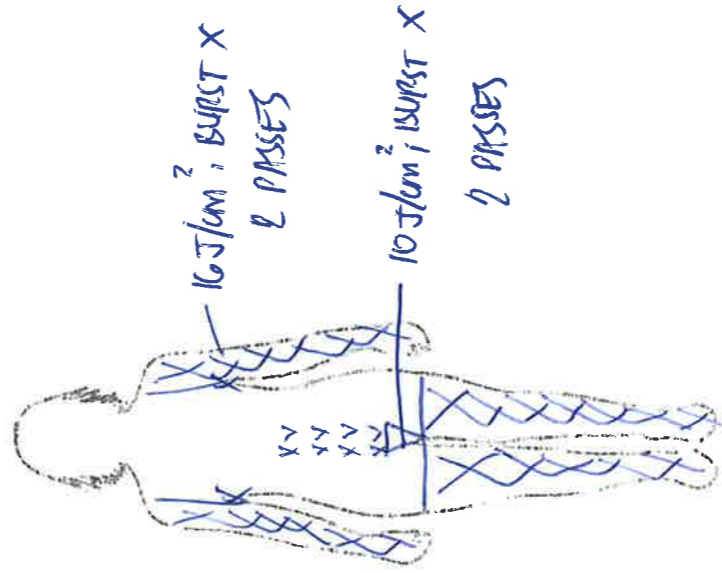
23/6/18

RAWAN HANMIDH
LITTLE FULL BODY



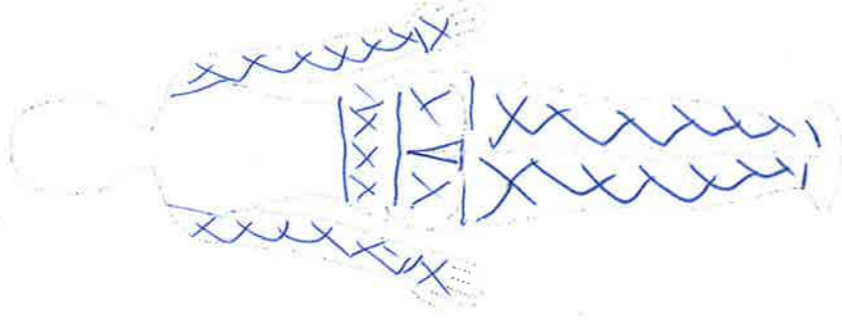
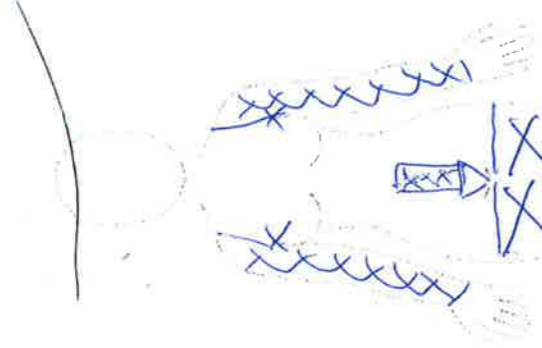
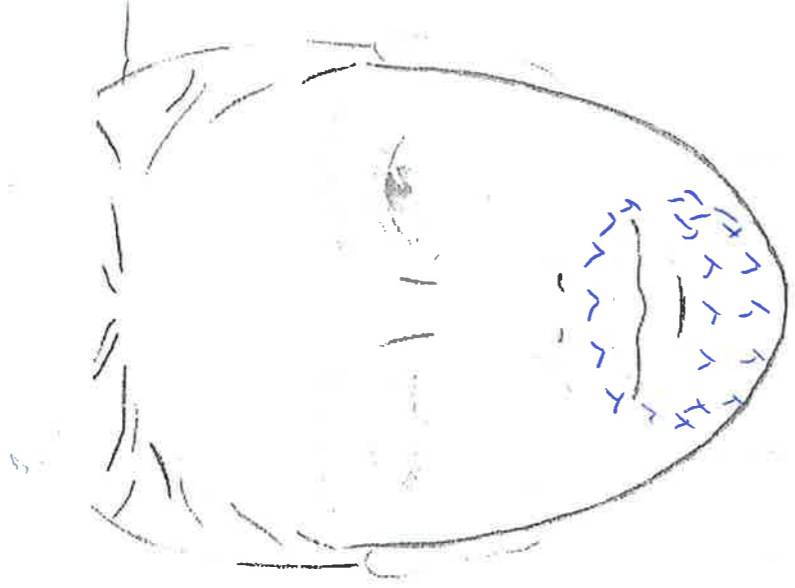
Front

Back



Patient's Name: RAWAN HAMIDAT
 File Number: 1000210
 Pain Relief given? Yes / No

إسم المريض:
 رقم الملف:
 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	15/9/18	31/10/18				
Treatment Area	Full BODY	Full BODY				
Hair Type	DARK, COARSE	DARK, COARSE				
Mode	DPL, FDP	DPL, FDP				
Fluence	16J/cm ² , 6J/cm ²	16J/cm ² , 6J/cm ²				
Pulse Type	BURST, SPONT	BURST, SPONT				
CNT Pulse						
Passes	2, 1	2, 1				
Starting Time	1:30 PM	5 PM				
Finish Time	3:15 PM	7:30 PM				
Post Treatment						

Therapist Name and Signature BESSIE JANE