

File No#: 1000223 Date: 24/2/2018
اسم المريض: Albasha
Patient Name: Albasha
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 17/10/1992 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): UAE Occupation (الوظيفة): _____
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single Phone No. (رقم الهاتف): 971501561555
Contact Person in Case of Emergency: _____

How Did You Know About Us?

Alwaysed soccer club

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الإجابة 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 سابقاً علامات ندوب أو جدره ؟ نعم لا

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

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

precisely Kindly Answer the following questions

ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟

Always Burned , little tanned
 Always Burned, Never Tanned
 Little Burned, Always Tanned
 Rarely Burned, Always Tanned

هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جيرة؟ لا

هل ظهر لديك حلا بسيط أو بشور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا

هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا

هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكورتيزون في منطقة العلاج؟ نعم / لا

هل قمت بتق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا

هل قمت بآخر مرة تعرضت فيها لإشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بحمسة تسمير؟ نعم / لا

هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا

هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا

هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا

ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها لبشرتك حالياً؟

 هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ لا / لا
 السيدات فقط : هل أنت حامل؟ لا / لا

هل قمت سابقاً بإجراء علاج دائم للوجه؟ نعم / لا

I hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser. I understand that laser produces a beam of light that generates an energy of a certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to impair its' ability to grow hair. I understand that the results of the treatment varies from one person to another by the variation of medical history and the skin type, hair type , patients commitment to precautions before and after sessions and the variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all the alternative hair removal methods and I choose removing my unwanted hair by laser.

I consent that I got the following precautions:
 -It's not allowed to get tanned or use tanning solutions for 4-6 weeks before and after treatment.
 - Waxing and Plucking must be avoided at least 6 weeks prior to sessions.
 - Tattoos and permanent make up on treatment site will be affected by laser.
 - Full Medical History must be given including previous treatments, allergies and skin type.
 - people who took akutan during the last 6 months or any drugs that inhibits patients from sun exposure can not remove their hair by laser.
 I understand that I might see some change from first session, nevertheless the treatment will take many sessions to get the result.

Side Effect
 side effects may include burning like redness, and it's possible to see some swelling or cracks, these side effects will fade away few hours to few days after treatment. hypo/hyperpigmentation is not common and it rarely last, it's advisable to avoid sun exposure, and to use sun protections.
 I consent that I had the chance to enquire and ask any questions I have to the therapist and I have read and understood the content of this form (or it was read to me) and I am more than 18 years old or I have the approval of my sponsor.

Name and Signature

 A. Badr Alkashhi

Date
 26...12...2019

أقر أنا
 مركز أوركيذ الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيذ الطبي باستخدام جهاز الليزر المتطور.

و أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إتمام الشعر. و أتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفت و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:
 - لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
 - يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
 - التشميم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
 - يجب إتمام التاريخ الطبي كاملاً و يشمل ذلك العلاجات و الحساسيات و نوع البشرة
 - الاضطرابات التي قد تحدث خلال الست أشهر الماضية. أو أي عقاقير تتعدهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

الأعراض الجانبية
 قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و إنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمرني في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع

 A. Badr Alkashhi

التاريخ

 26...12...2019

Patient's Name: Ismail Al bloshi

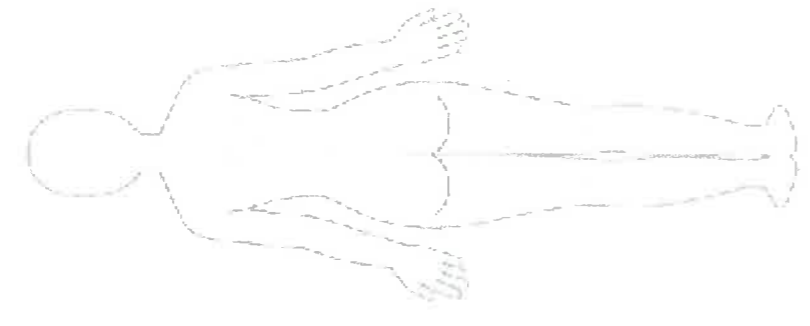
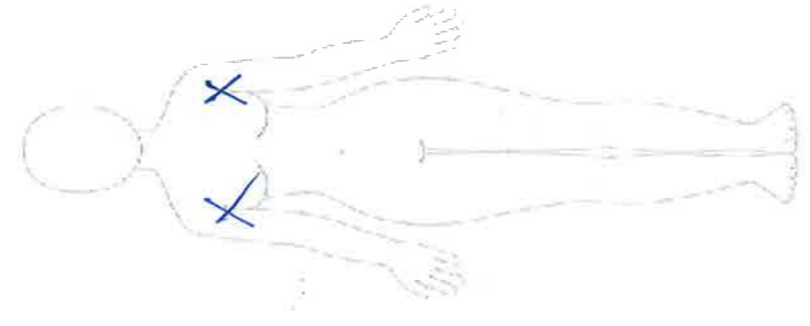
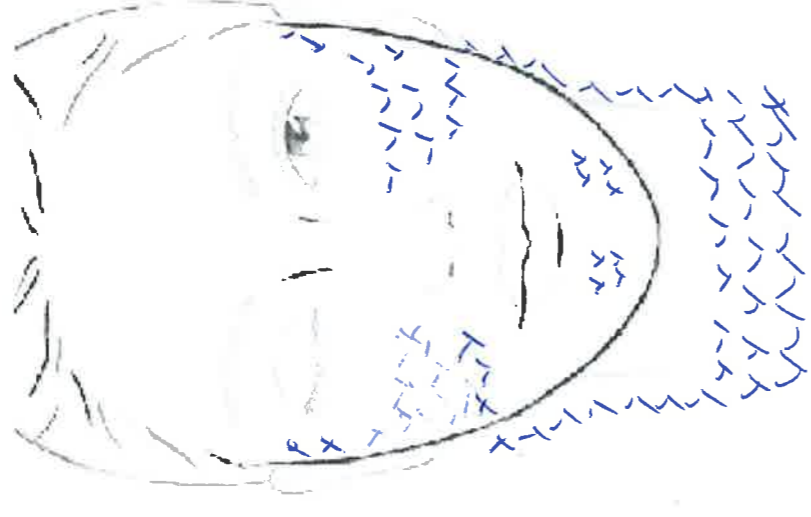
اسم المريض:

File Number:

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	26/2/19	8/5/19	5/6/19	9/10/19	8/1/20	
Treatment Area	THICK NOYAG 15T/15 2 PULSES	NEARBY + NECK THICK NOYAG 15/18	NEARBY + NECK 5/8/19 NEARBY + NECK 5/8/19 NEARBY + NECK 5/8/19	NEARBY + NECK 9/10/19 NEARBY + NECK 9/10/19 NEARBY + NECK 9/10/19	NEARBY + NECK 8/1/20 NEARBY + NECK 8/1/20 NEARBY + NECK 8/1/20	
Hair Type						
Mode						
Fluence						
Pulse Type						
CMT Pulse						
Passes	1	1	1	1	1	
Starting Time	8:30AM	5PM	6PM	6PM	4PM	
Finish Time	8:40AM	5:15PM	6PM	6PM	4PM	
Post Treatment	FULLY OK	NEW	HINDAID	HINDAID	HINDAID	
Therapist Name and Signature	EUSSE					



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00 **RECEIPT VOUCHER (No.REC-003526)** **Date:01-05-2019**

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000223** - Ismail, ,Alblooshi - **971501561555**

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **210.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date: **01-05-2019**

Being **BEARD LINE + NECK + VAT**

Made by **Rana**

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : **1000223** - Ismail, ,Alblooshi - **971501561555**

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail: info@omc1.ae
www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 787.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004654)

Date:05-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000223 - Ismail, ,Alblooshi - 971501561555

The sum of Dhs. Seven Hundred Eighty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 787.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 05-08-2019

Being 3 SESSION BEARD LINE+ NECK + 3 SESSION UNDER ARMS + VAT

Made by Rana

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1000223 - Ismail, ,Alblooshi - 971501561555

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae