



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 100025

Date: 25/2/2018

اسم المريض

Patient Name: Amira Ahmad

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 11/9/1997

Gender (الجنس): M / (F)

Nationality (الجنسية): UAG

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Phone No. (رقم الهاتف): 052-25900083

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us? Eila Aragpali

Weight: Height: Blood Type:

Chief Complaint:

#### السجل الطبي Medical History

Diseases: Medication:

Allergies: Pregnancy:

Hospitalization: Family History:

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

Remarks:

Clinical Findings:


Radiography:

Examination:

Diagnosis:

**DOCTOR NOTE**

Consent

  
د. غوران جوانوفيتش  
Dr. Geran Jovanovic  
Specialist - جراحة التجميل  
MOH License No.: 1220  
Orchid Medical Centre  
ترخيص رقم: 1220  
مركز أوركيذ الطبي

### 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: 25 Feb

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 ترويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وإنا 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.

أفوض 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 ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار الناتجة 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 الابدنى 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 امتلك 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:





United Arab Emirates  
Driving License

دولة الإمارات العربية المتحدة  
رخصة القيادة



رقم الرخصة  
3688111

الاسم  
اميرة احمد محمود مطبق على

Name  
ameera ahmad mahmood mohamma

Nationality  
emirates

Date of Birth  
1997-09-01

Issue Date  
2016-07-17

Expiry Date  
2018-07-24

Place of Issue  
Dubai

سلطة الترخيص  
Kiteek  
Licensing Authority

جهة الاصدار  
دبي



**ORCHID MEDICAL CENTER**

**SPECIAL PACKAGE TREATMENT FOLLOW UP FORM**

PATIENT NAME: AMIRA AHMED

NAME OF PACKAGE: CARBON PEEL X3

FILE #: 1000225  
 FILE DATE: 25/12/2018

NO: SESSION	DATE	TREATMENT NAME	SIGNATURE OF DOCTOR/TECHNICIAN
1	DATE: 25/12/2018	CARBON PEEL	<i>[Signature]</i>
2	DATE: 13/3/2018	CARBON PEEL	<i>[Signature]</i>
3	DATE: 27/3/2018	CARBON PEEL	<i>[Signature]</i>
4	DATE:		
5	DATE:		
6	DATE:		
7	DATE:		
8	DATE:		
9	DATE:		
10	DATE:		
11	DATE:		

TOTAL NO: OF SESSIONS: 3

TREATMENT START DATE: 25/12/2018

TREATMENT END DATE:

File No#: 100022415 Date: 25/2/2018 اسم المريض:  
Patient Name: Ahmed Ahmed Gender (الجنس): M / F  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 21/01/1993 Occupation (الوظيفة): -  
Nationality (الجنسية): iranian Phone No. (رقم الهاتف): 050-8220311  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single  
Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us?

Kaizer Meghali

### 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 جرة ؟ لا نعم لا
- 3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بثور الحصى أو الثقرحات في منطقة العلاج ؟ لا نعم لا
- 4- هل تناولت عقار "الأكيوتان / الايسوترتينونين " خلال الست أشهر الماضية؟ لا نعم لا

## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا \_\_\_\_\_ بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لاجراء العلاج  
جهاز ليزر ال Q-Switch باستخدام

■ التفسير الكريونى باستخدام لوشن الكريونو يتبعه التفسير بالليزر هو احد الإستطبات لإعادة نضارة البشرة, وعلاج علامات التقدم بالسن, علاج التجاعيد, خطوط الوجه والشدوذ الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى), تحسين ملمس البشرة, علاج حب الشباب, احمرار الجلد, إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب), الندوب التي تتبع الحبوب, توسع مسامات الجلد, إزالة او تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح 3-5 جلسات معظمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مرآة كل 3-6 اشهر.

■ التفسير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتفسير بدون استخدام لوشن الكريون, بينما التفسير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكريون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإنتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الاضافر (الوضع A)

. بير إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكيو تان) خلال ال6 اشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.





Patient Name:

FILE NO#

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
25/2/18	CARBON PEEL DONE PACKAGE OF 3	1140	0	د. جوران يوفانوفيتش Dr. Goran Jovanovic
13/3/18	CARBON PEEL DONE	0	0	د. جوران يوفانوفيتش Dr. Goran Jovanovic
27/3/18	CARBON PEEL DONE	0	0	د. جوران يوفانوفيتش Dr. Goran Jovanovic

د. جوران يوفانوفيتش  
Dr. Goran Jovanovic  
Specialist Plastic Surgeon  
M.O.H. License No.: V220  
Orchid Medical Center  
Specialist - Plastic Surgeon  
M.O.H. License No.: V220  
Orchid Medical Center