

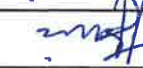


**ORCHID MEDICAL CENTER**

**SPECIAL PACKAGE TREATMENT FOLLOW UP FORM**

PATIENT NAME: NADMEH ASKANI

NAME OF PACKAGE: CARBON PEE X 3

FILE #: 1000226  
 FILE DATE: 25/2/2018

NO: SESSION	DATE	TREATMENT NAME	SIGNATURE OF DOCTOR/TECHNICIAN
1	DATE: 25/2/2018	CARBON PEE	
2	DATE: 13/3/2018	CARBON PEE	
3	DATE: 27/3/2018	CARBON PEE	
4	DATE:		
5	DATE:		
6	DATE:		
7	DATE:		
8	DATE:		
9	DATE:		
10	DATE:		
11	DATE:		

TOTAL NO. OF SESSIONS: 3

TREATMENT START DATE: 25/2/2018

TREATMENT END DATE:

File No#: 100026 Date: 25/2/2018  
اسم المريض: Askani  
Patient Name: Najma  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 21/05/1978 Gender (الجنس): M /  F  
Nationality (الجنسية): Yemeni Occupation (الوظيفة): -  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single Phone No. (رقم الهاتف): 0525900084  
Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us?

Leila Aluggabi

### 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 بقور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟  نعم  لا
- 4- هل تناولت عقار "الأكوتان / الايسوترتينونين " خلال الست أشهر الماضية؟  نعم  لا

## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

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

■ التفسير الكريوني باستخدام لوشن الكريونو يتبعه التفسير بالليزر هو احد الإستطابيات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشذوذ 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 أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح 3-5 جلسات معظمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجعة 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 و زيادة التصبغات بعد الإنتهاء. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الاضافر (الوضع A)

. بئر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكوتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO'

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Najmeh,Lal,Mohammad,,Askani	IDN:	784197847463144	Mother Name:	
Name (Ar)	نجمة لال محمد اسکاني	Card Number:	078008232	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	ایران		
Issue Date:	13/04/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	02/04/2019	Date of Birth:	21/05/1978	Sponsor Name:	احمد منصور محمد طوی
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	0142169095
Residency Type:	03	Residency Number:	20119983010333	Residency Expiry:	02/04/2019
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

2/25/2018





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000767)

Date:13-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000226 - Najmeh Askani - 971525900084

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 315.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 13-06-2018

Being

Made by **Ghada KC**

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



مركز أوركيذ الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

File No#: 1000226

Date: 25/2/2018

اسم المريض

Patient Name: Najmed

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 7/5/1978

Gender (الجنس): M / ♂

Nationality (الجنسية): Iran

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 0525900084

Contact Person in Case of Emergency:

How Did You Know About Us?

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**

دكتور غوران يوفانوفيتش

د. غوران يوفانوفيتش  
Dr. Goran Jovanovic  
إخصائي - جراحة التجميل  
Specialist - Plastic Surgeon  
MOH License No.: V220  
مركز أوركيذ الطبي  
Orchid Medical Centre



### 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:

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 ذكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

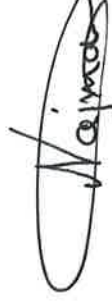
أفوض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

أتفهم انه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم 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 و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني املاك 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:

