

File No#: 1000232 Date: 28/2/2018  
اسم المريض: \_\_\_\_\_  
Patient Name: Zainab Amcer Gender (الجنس): M / F  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 26/12/1982  
Nationality (الجنسية): Vaqi Occupation (الوظيفة): Pharmacist  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): \_\_\_\_\_ Phone No. (رقم الهاتف): 0569181807  
Contact Person in Case of Emergency: \_\_\_\_\_  
0508093430  
How Did You Know About Us?  
Facebook /

### 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 ظهور لديك سابقا علامات ندوب أو جرة ؟ لا نعم لا

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

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

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	Zainab,Abdulameer,Zaboon,Al Hashimi	IDN:	784198274250392	Mother Name:	
Name (Ar)	زينب,عبد الامير,زبون,الهاشمي	Card Number:	078164711	Mother Name (Ar):	
Title		Nationality:	IRQ	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	العراق		
Issue Date:	25/04/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	20/04/2018	Date of Birth:	26/12/1982	Sponsor Name:	بسيم عبدالرزاق محمد
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	50187439
Residency Type:	03	Residency Number:	20120163051242	Residency Expiry:	20/04/2018
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

2/28/2018

## إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

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

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

أتقهم 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 , التفتف , 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 لتقادي زيادة الأعراض الجانبية.

. يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع او التفتف 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 ستلتاشي 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.

