

ORCHID MEDICAL CENTER
SPECIAL PACKAGE TREATMENT FOLLOW UP FORM

PATIENT NAME: JOUZEL SHARBI

FILE #: 1000254

NAME OF PACKAGE: LHR FULL BODY X 6 SESSIONS

FILE DATE: 15/3/2018

NO: SESSION	DATE	TREATMENT NAME	SIGNATURE OF DOCTOR/TECHNICIAN
1	DATE: 15/3/2018	LHR FULL BODY	<i>[Signature]</i>
2	DATE: 15/4/2018	LHR FULL BODY	<i>[Signature]</i>
3	DATE: 4/6/2018	LHR FULL BODY	<i>[Signature]</i>
4	DATE: 5/7/2018	LHR FULL BODY	<i>[Signature]</i>
5	DATE: 12/8/2018	LHR FULL BODY	<i>[Signature]</i>
6	DATE: 1/10/2018	LHR FULL BODY	<i>[Signature]</i>
7	DATE:		
8	DATE:		
9	DATE:		
10	DATE:		
11	DATE:		

TOTAL NO: OF SESSIONS: 6

TREATMENT START DATE: 15/3/2018

TREATMENT END DATE:

File No#: 1000254 Date: 6/3/2018
اسم المريض: _____
Patient Name: Jauzel Shabari
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 10/08/1994 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): Syrian Occupation (الوظيفة): _____
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single Phone No. (رقم الهاتف): 971509275484

Contact Person in Case of Emergency:

Jozel11@hotmail.com

How Did You Know About Us?

from my friend from Jwista

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 ظهرة لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم لا

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

4- هل تناولت عقار "الأكيو تان / الايسوترتينين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا حورل غريب بقدمي إلى مركز أوركيد الطبي / الشارقة 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 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.

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO'

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	Jouzel, Daas, Gharbi	IDN:	784199169719137	Mother Name:	
Name (Ar)	جوزل دعلش، غربي	Card Number:	086881451	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	26/12/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	19/12/2018	Date of Birth:	10/08/1991	Sponsor Name:	مطى دعلش غربي
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	06802384
Residency Type:	03	Residency Number:	20120103073767	Residency Expiry:	19/12/2018
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

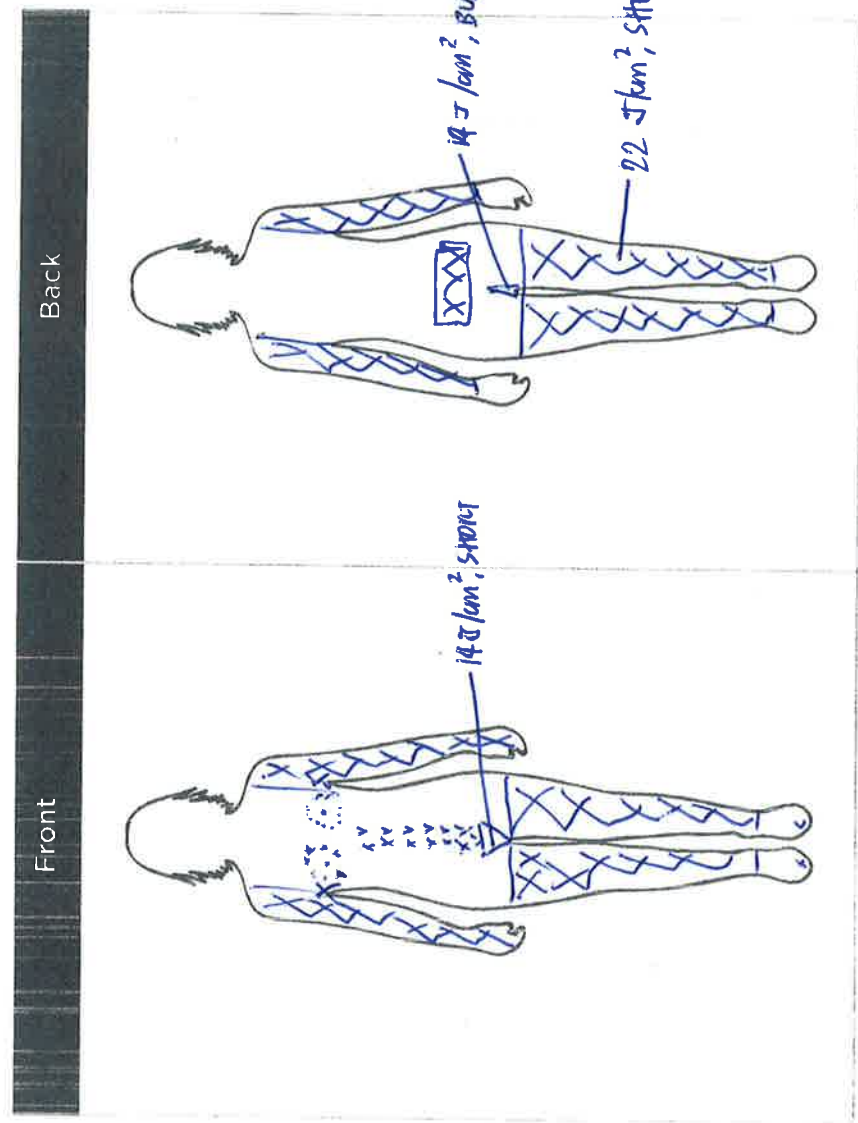
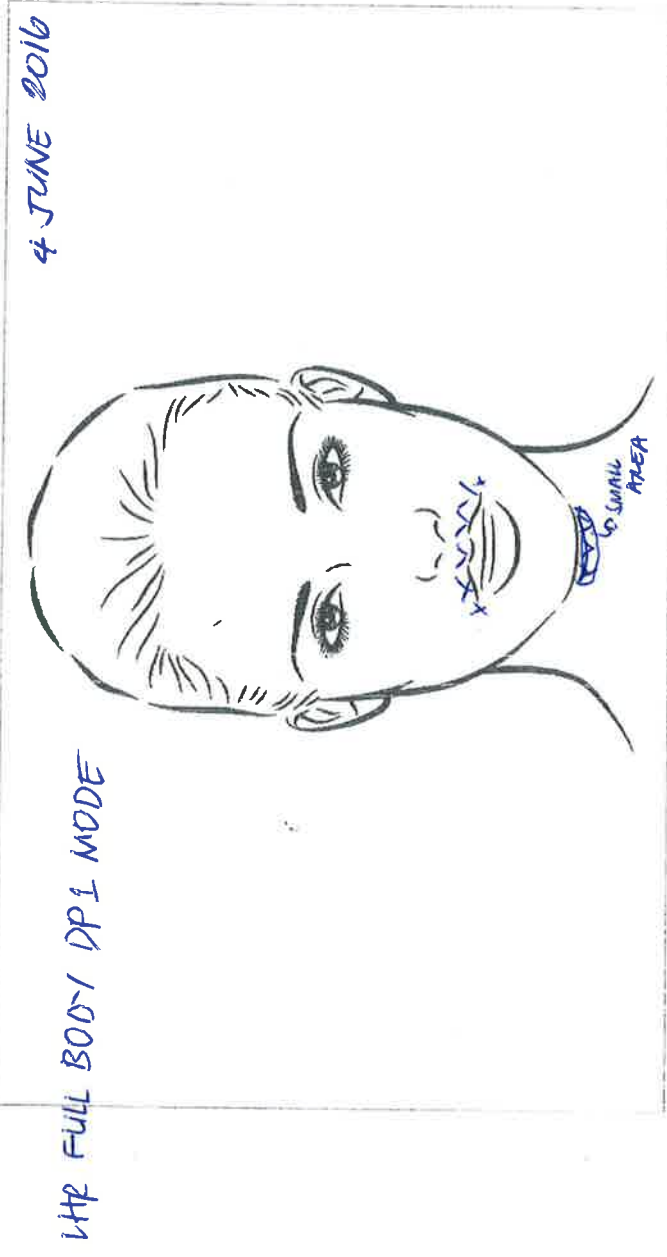


Signature Image

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

3/6/2018

Other

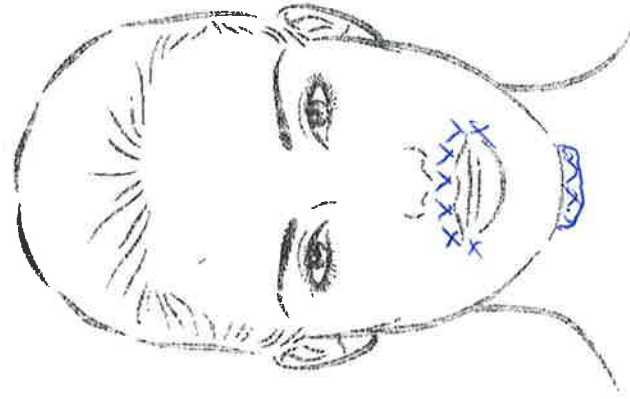


Circle areas to be treated:

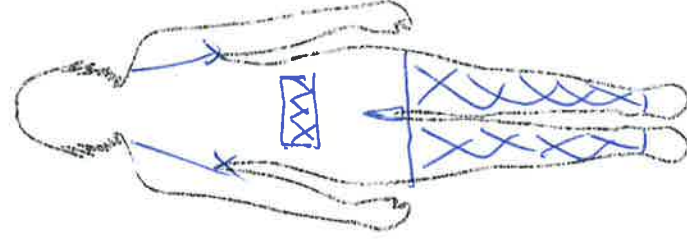
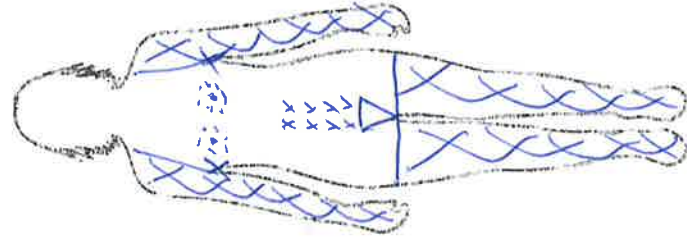
Other

5/7/2018

LTR Full BODY



Front Back





مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,680.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001111

Date: 19-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000254 - Jouzel Gharbi - 971509275484

The sum of Dhs. One Thousand Six Hundred Eighty Only

By Cash 1,680.00 / By Credit Card 0.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

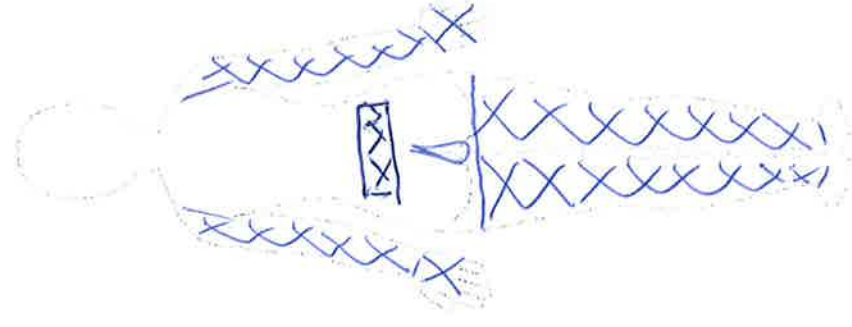
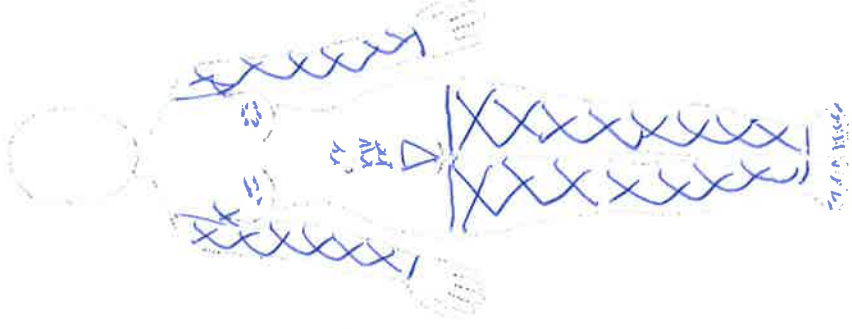
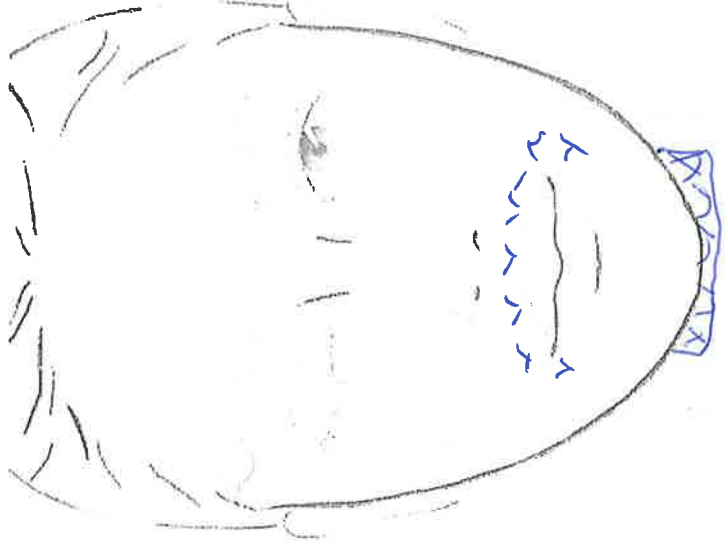
Bank: Cheque No. Date:

Being ADVANCE FOR FULL BODY LHR 2 SESSION

Made by Ghada

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

Patient's Name: JOUZEL GHAMBI
 File Number: 1000274
 Pain Relief given? Yes / No
 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	12/8/18	1/10/18	12/12/18	2/12/19		
Treatment Area	Full BODY	Full body	Full body	Full body		
Hair Type	DARK, COURSE	Dark, course	Dark, thick	Thin		
Mode	DP1, FDP	DP1, FDP	Alex	ALEX		
Fluence	24J/cm ² , 8J/cm ²	26J/cm ² , 8J/cm ²	7J/15, 12.5	8J/10		
Pulse Type	SHORT	SHORT/DIEND	Bikini	15m.		
CNT Pulse						
Passes	2, 1	2, 1		1		
Starting Time	6:30 PM	6:30 PM	5:50 PM	4:40 PM		
Finish Time	8:30 PM	9:10 PM	6:50 PM	6:15 PM		
Post Treatment						

Therapist Name and Signature ... HAJIE JAR



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001960)

Date:13-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000254 - Jouzel Gharbi - 971509275484

The sum of Dhs. Eight Hundred Forty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 840.00

Bank: Cheque No.

Date: 13-12-2018

Being

Made by FATEN

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002588)

Date:07-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000254 - Jouzel Gharbi - 971509275484

The sum of Dhs. Eight Hundred Forty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 840.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-02-2019

Being

Made by Ghada

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