

File No#: 1000287 Date: 14/3/2018
اسم المريض:
Patient Name: Amal Bachari
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 27/8/1980 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): iranian Occupation (الوظيفة): _____
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): 0547088838
E. MAIL: ama.8@hotmail.com

How Did You Know About Us?

Face book.

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟

س 1 - دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار

2- دائمة الاحتراق , عديدة الاسمرار

3 - قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار

4- نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار

5- بشرة داكنة السمرة

2- هل ظهرة لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ لا نعم لا

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

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

5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكوينيون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟ لا نعم لا

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا _____ 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 بصليات الشعر و تعطل قدرتها على إنباء 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 , التئف , 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 التئف 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 ستتلاشى 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 أقيات الشمس.

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO*

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 | Amal,Bagher,Lacis,,Bachari | IDN: | 784198087654707 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | امل باقر لاجوس باحاری | Card Number: | 082470028 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | IRN | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | جمهوریة ایران الإسلامية | | |
| Issue Date: | 12/03/2017 | Sex: | F | Sponsor Type: | 03 |
| Expiry Date: | 08/03/2020 | Date of Birth: | 27/08/1980 | Sponsor Name: | شعیب احمد فرحانی |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 12733211 |
| Residency Type: | 03 | Residency Number: | 20120173522652 | Residency Expiry: | 08/03/2020 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 99 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

3/14/2018

Circle areas to be treated:

ANNA BAGHARI

Other

23/4/18

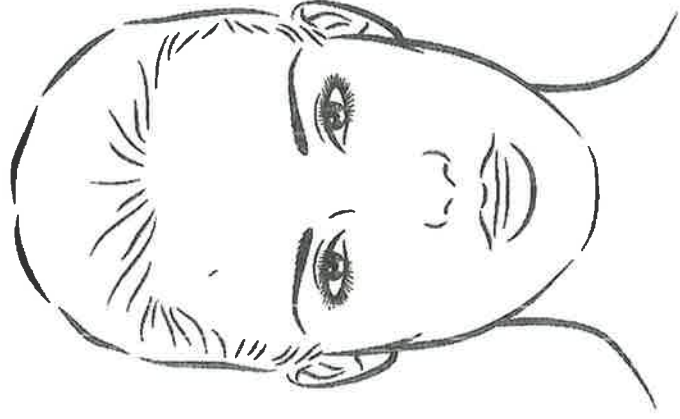
1HR FULL BODY

START TIME: 1:30PM

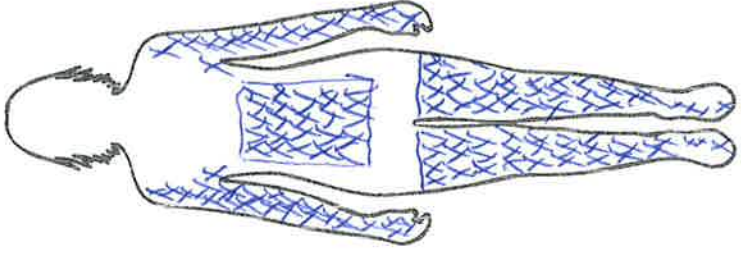
END TIME: 3:15 PM

* NO FACE

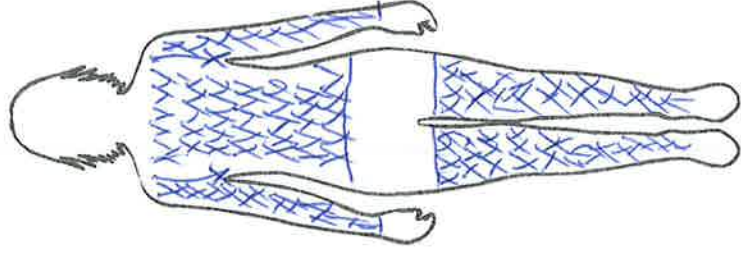
* NO BIKINI

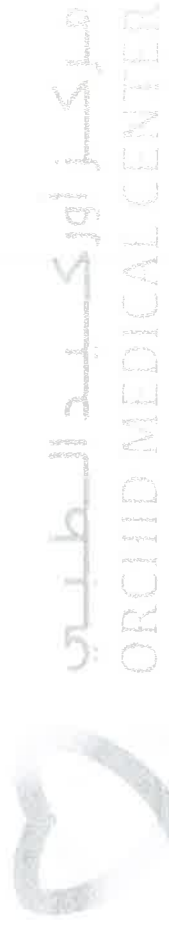


Front



Back





| | | |
|--|---------------------------------|-------------------------|
| AED 1,000.00 | RECEIPT VOUCHER (No.REC-000521) | Date:23-04-2018 |
| Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000287 - Amal Bachari - 971501080767 | | |
| The sum of Dhs. One Thousand Only | | |
| By Cash 1,000.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00 | | |
| Bank: | Cheque No. | Date: 23-04-2018 |
| Being | | |
| Made by Ghada | | |

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