

File No#: 1000320 Date: 20/3/2018
اسم المريض: Kind Saif
Patient Name: Kind Saif Gender (الجنس): M / F
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 28/01/00
Nationality (الجنسية): Emarat Occupation (الوظيفة): _____
Marital Status (الحالة الاجتماعية): _____ Phone No. (رقم الهاتف): 0544 337999
E. MAIL: ~~Kind Saif~~ kind.s.etalii@gmail.com

How Did You Know About Us?

Instagram

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟ نرىضق لأسعة / أسود / بني محلي

- 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

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

4- هل تناولت عقار "الأكوي تان / الإيسوترتينولين " خلال الست أشهر الماضية؟ لا نعم

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

6- هل قمت بتنف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال الست أسابيع الماضية؟ نعم لا

7- متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس المباشرة لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟

8- هل استخدم / مين اي مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم لا ومتى كان آخر استخدام لها؟

9- هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم لا

10- هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم لا

11- ماهي المنتجات التي تستخدمينها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟

مرطب

12- هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم لا

للنساء:

13- هل انت حامل؟ نعم لا

14- هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم لا

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا _____ بقدمي إلى مركز أوركييد 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 , التصف , الكريمانت , وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تقيت 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 التصف 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 ستلاشى 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

cAEAlOEBAa83ODQyMl

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	Hind,Saif,Humaid,Saif,Al Ali	IDN:	784200021917024	Mother Name:	Basmah
Name (Ar)	هند سيف سعيد سيف ال علي	Card Number:	072155217	Mother Name (Ar):	باسمه
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	301009219
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	04/03/2015	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	04/03/2020	Date of Birth:	28/01/2000	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

3/20/2018