

File No#: 1000377 Date: 20/3/2018  
اسم المريض: \_\_\_\_\_  
Patient Name: Milaa, Solama  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 20/12/1981 Gender (الجنس): M / F  
Nationality (الجنسية): Lebanese Occupation (الوظيفة): \_\_\_\_\_  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): 97557567789  
E. MAIL: S\_milaa@hotmail.com

How Did You Know About Us?  
I leave in the Building so I saw it.

### 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 X  
5- بشرة داكنة السمرة \_\_\_\_\_
- 2- هل ظهوره لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ X نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_
- 3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلاّ البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ X نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_
- 4- هل تناولت عقار "الأكوتان" / الايسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟ X نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_
- 5- هل استخدمت عقار " ريتين اي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟  
X نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

6- هل قمت بتنف او كي او ازالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال الست اسابيع الماضية ؟  نعم  لا.

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

التر عن 7 اشهر

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 او مشاكل هرمونية ؟  نعم  لا.

11- ماهي المنتجات التي تستخدمينها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟

لا شيء

12- هل اجريت اي عملية ازالة شعر سابقا؟  نعم  لا.

للنساء:

13- هل انت حامل؟  نعم  لا.

14- هل قمت سابقا باجراء مكياج دائم للوجه؟  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 , النقف , الكريبات , وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تأقبت 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 النقف 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 ستلاشى خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع نادرا ما تدوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام واقيات الشمس.

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

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**

<b>Name</b>	Milade,Salameh	<b>IDN:</b>	784198130952728	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	میلادہ،سالمہ	<b>Card Number:</b>	081730676	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	LBN	<b>Family ID:</b>	
<b>Title(Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	لبنان		
<b>Issue Date:</b>	19/01/2017	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	03
<b>Expiry Date:</b>	16/01/2019	<b>Date of Birth:</b>	20/12/1981	<b>Sponsor Name:</b>	مارون فارس الحاج
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	78514635
<b>Residency Type:</b>	03	<b>Residency Number:</b>	20120153009883	<b>Residency Expiry:</b>	16/01/2019
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	10	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo

Signature Image

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

3/20/2018

