

File No#: 1000327

Date: 22/3/2018

اسم المريض:

Patient Name: MIKA ALMADANI

Gender (الجنس): M / F

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 27/10/1998

Occupation (الوظيفة): Student

Nationality (الجنسية): Emiraty

Phone No. (رقم الهاتف): 015709024412444

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

05092442441

E. MAIL: H97.1@hotmail.com

How Did You Know About Us?

By Friends

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 ظهوره 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 "الأكورتان / الايسوترتينونين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

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

نعم لا

- 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 لإشعة الشمس المباشرة لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟

- 8- هل استخدم / مين أي مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم لا، ومتى كان آخر استخدام لها؟ _____
- 9- هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم لا.
- 10- هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم لا.
- 11- ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركك حاليا؟

- 12- هل اجريت أي 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 حيدر محمد المير 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 بصليات 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 , 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 عقاير 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 ستلاشي 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.

أقر أن أي صور قد يتم التقاطها للعلاج ستبقى مجهولة الهوية و قد يتم استخدامها للأغراض العلمية والإعلامية.

أقر انه قد أتيتحت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت وفهمت محتوى هذا الإقرار. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حالة عدم بلوغي السن القانوني قبل إجراء العلاج.

التاريخ: 22/3/2018.

الاسم: هبة محمد الوار

توقيع المريض: 

توقيع ولي أمر المريض(من هم دون السن القانوني):

بشهادة:

REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQxO*

Public Data Readed Suc

SHOW READED DATA

Confirm 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 | Mira,Mohamed,Abdalla,Almur,Alnaqbi | IDN: | 784199808465738 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | ميرة محمد عبد الله المر النقبى | Card Number: | 068712919 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | ARE | Family ID: | 304002943 |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | الإمارات العربية المتحدة | | |
| Issue Date: | 26/05/2014 | Sex: | F | Sponsor Type: | |
| Expiry Date: | 26/05/2024 | Date of Birth: | 27/01/1998 | Sponsor Name: | |
| Marital Status: | 01 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | |
| Residency Type: | | Residency Number: | | Residency Expiry: | |
| ID Type: | ID | Occupation: | 99 | Occupation Field: | 00 |

Photo



Signature Image

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

3/22/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001108)

Date:19-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000327 - Mira Alnaqbi - 971509244244

The sum of Dhs. One Thousand Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash **1,050.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 19-08-2018

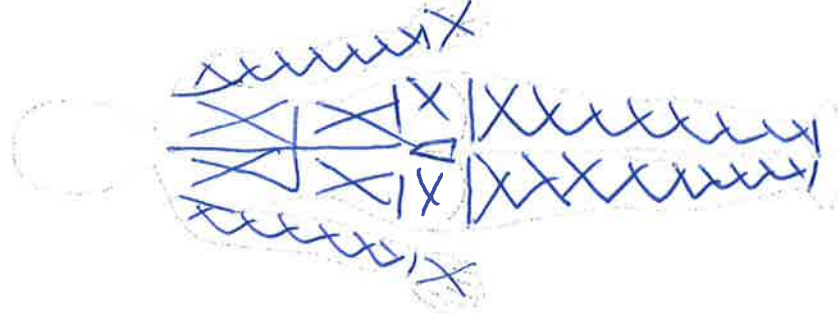
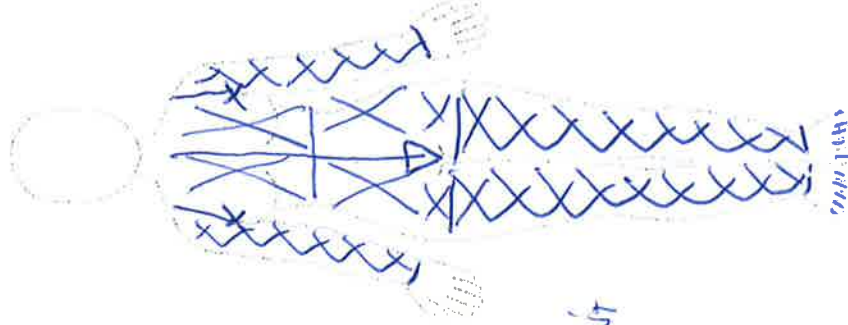
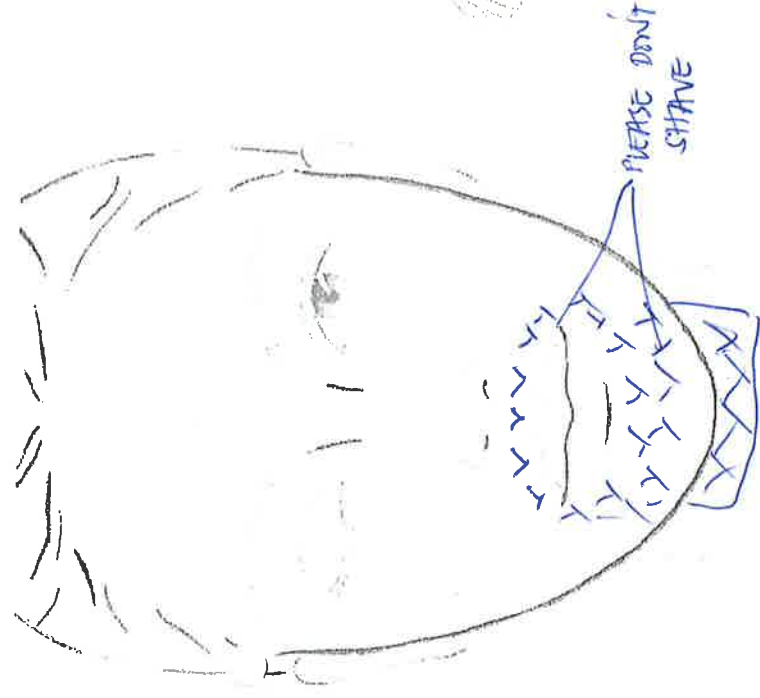
Being

Made by Ghada 

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

Patient's Name: MIRA AL NABSI
 File Number: 1000327
 Pain Relief given? Yes / No

اسم المريض:
 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 | 19/8/18 | | | | | |
| Treatment Area | FULL BODY | | | | | |
| Hair Type | DARK, COARSE | | | | | |
| Mode | DPL, FDP | | | | | |
| Fluence | 12 J/cm ² , 5 J/cm ² | | | | | |
| Pulse Type | BURST, SHORT | | | | | |
| CNT Pulse | | | | | | |
| Passes | 2, 1 | | | | | |
| Starting Time | 5:00 PM | | | | | |
| Finish Time | 7:10 PM | | | | | |
| Post Treatment | | | | | | |

Therapist Name and Signature BLEISE JANI