

File No#: 1000337

Date: 21/03/2018

اسم المريض:

Patient Name: Linda Khalil

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 27/3/1975

Gender (الجنس): M / (F)

Nationality (الجنسية): سوري

Occupation (الوظيفة): مديرة

Marital Status (الحالة الاجتماعية): متزوجة

Phone No. (رقم الهاتف): 0505116101

E. MAIL: um.khamis@gmail.com

How Did You Know About Us?

My sister Rana Khalil

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 ظهر 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 "الأكويتان / الايسوترتينونين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

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



إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا لينا صليل بقدمي إلى مركز أوركيد الطبي / المشاركة 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 , التنف , الكريمات , 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 التنف 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 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

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

Name	Linda Abdulqader,,,Khalil	IDN:	784197582983926	Mother Name:	
Name (Ar)	لينا عبد القادر,,, خليل	Card Number:	073490071	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	CAN	Family ID:	
Title(Ar):		(Ar):	كندا		
Issue Date:	04/06/2015	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	31/05/2018	Date of Birth:	27/03/1975	Sponsor Name:	ياسر خميس بركل حجاج
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	01498960
Residency Type:	03	Residency Number:	101200230023829	Residency Expiry:	31/05/2018
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

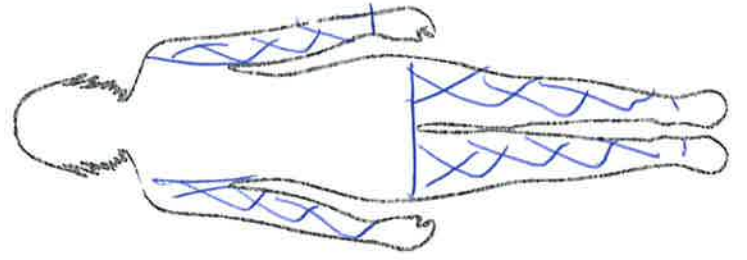
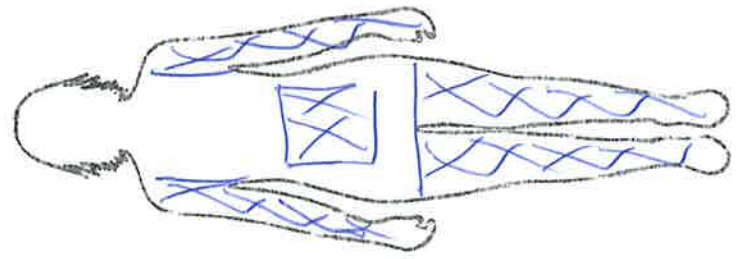
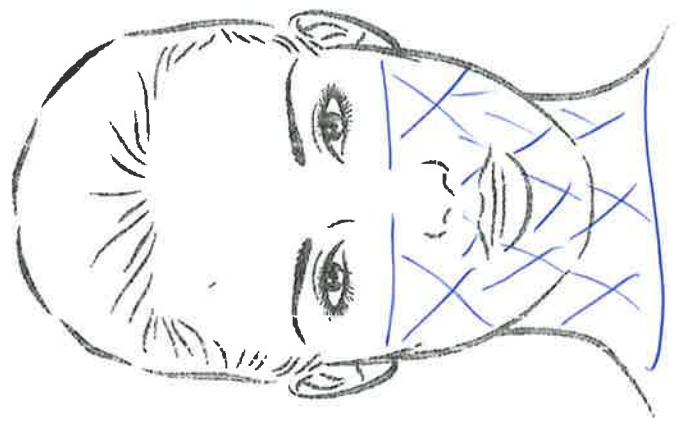
3/22/2018

Circle areas to be treated:

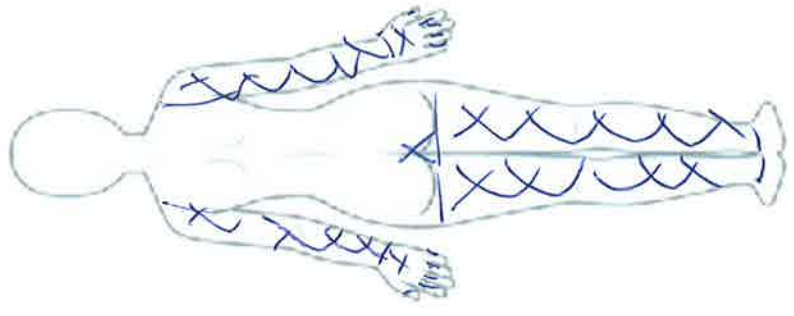
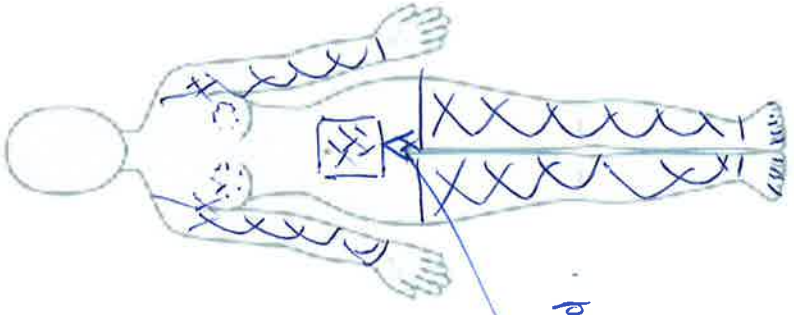
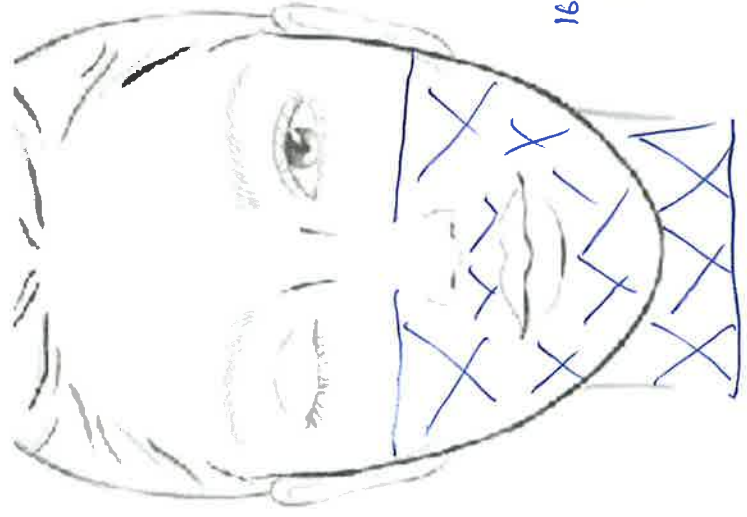
Other _____

12/4/18

EPD1: MODE
LHR FULL BODY
20 J/cm², SHORT X
2 PASSES



Patient's Name: LINDA KHALIL
 File Number:
 Pain Relief given? Yes / No
 رقم الملف: #1000337
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



16/11/19 started.

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	16/10/19	16/11/19	14/04/19	29/10/19		
Treatment Area	Full Body	Full Body	Full Body	Full body		
Hair Type	Dark	Dark	Dark/Medium	Dark		
Mode	DP2	ALEX (20SP)	ALEX	DIS		
Fluence	20J/cm²	8J/12ms	7J/15ms	Alex		
Pulse Type	SINGLE	8J/12ms	7J/15ms	8/10.5		
CNT Pulse	2	Bikini 7/17ms	Bikini 7/15ms	Bikini 7/15ms		
Passes						
Starting Time	7 PM	1 PM	3:15 PM	1		
Finish Time	9:50 AM	2:10 PM	5 PM	6:50 PM		
Post Treatment		Green	MEBO	6:50 PM		

Therapist Name and Signature
 R. Hassani
 7 PM
 Hamed
 Bob



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,800.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000352)

Date: 22-03-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000337 - Linda Khalil - 971505116101

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 4,800.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 22-03-2018

Being

Made by Jumana

1. Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
2. Treatment includes lab cost is non-refundable.
3. After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1000337 - Linda Khalil - 971505116101

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