

File No#: 1000339 Date: 24/06/18
Patient Name: Hadil Ibrahim اسم المريض:
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 3/2/1993 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): Lebanese Occupation (الوظيفة): Teacher
Marital Status (الحالة الاجتماعية): single Phone No. (رقم الهاتف): 0574-4416263
E. MAIL: hadil.ib1993@gmail.com

How Did You Know About Us?

friends at working place

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 ظهرك 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 / الايسوترتينين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا
- 5- هل استخدمت عقار " ريتين اي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟
 نعم لا.

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا هديل عامر ادهم بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لاجراء العلاج
جهاز ليزر ال Q-Switch باستخدام

■ التقشير الكريوني باستخدام لوشن الكريونو يتبعه التقشير بالليزر هو احد الإستطابات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشوذ الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، احمرار الجلد، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة او تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح 3-5 جلسات معظمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكريون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكريون مما يستهدف الأصبغ الأكثر عمقا الشائعة في الكاف و زيادة التصبغات بعد الإلتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 شهر خصوصا في حالة الكاف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الاضافر (الوضع A)

. بير إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكوتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

Medical Consent Form

I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition, which has been explained to me by the qualified physician.

I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.

I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.

I authorize my treating doctor to perform such procedure, which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as to a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risk and hazards to the performance of the diagnostic and /or surgical procedure. I realize that common surgical or diagnostic procedure are potential for an infection, swelling, bleeding and allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full after the completion of each treatment.

I understand that any information that I provide regarding my medical status will be kept completely confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that form has been fully explained to me and that I have read it understand its contents.

Patient Signature/ Guardian (In case of minors):

Date: 24/3/2018

Dentist Signature:

نموذج إقرار طبي

أوافق و اسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التشخيصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

أتفهم أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماماً كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

إن أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني املاك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

إقرار طبي لجهاز الإنديمد

أقر بأنني قد حصلت على المعلومات الكاملة المتعلقة باستخدام جهاز إنديمد برو الذي يستخدم طاقة الموجات الصوتية لشد الجلد.

استخدام طاقة الموجات الصوتية لشد الجلد ينتج حرارة عميقة في الجلد في منطقة العلاج. لا يجب ان يسبب العلاج أي ألم و عادة ليس لديه أي أعراض جانبية.

استخدام هذا الجهاز قد يسبب انتفاخا مؤقتا و احمرارا في الجلد, وفي حالات نادرة قد ينتج حرق في منطقة العلاج, وفي هذه الحالة الطبيب المعالج سوف يعالج هذه المنطقة حالا وسوف يتلقى المريض الإرشادات حول العلاج المطلوب.

العلاجات البديلة لشد الجلد تتضمن الليزر او التكنولوجيا الضوئية. العلاجات التي تعتمد على الليزر تعتبر الأكثر الما وقد تسبب حروقات, بينما التي تعتمد على الضوء أقل فعالية من غيرها.

(أ) أقر بأنني اطلعت على البيانات أعلاه وأنهم توابعها وأنني قد وقعت هذا الإقرار بكامل إرادتي, وأنني قد حصلت على نسخة منه موقعة ومترخة.

(ب) أوافق على اخذ صورة للعلاج للتقييم الطبي.

الاسم: هديل إبراهيم
التاريخ: 24/3/2018
التوقيع: [Signature]

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO*

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	Hadil,Ahmad,,,Ibrahim	IDN:	784199316082629	Mother Name:	
Name (Ar)	هديل احمد,,, ابراهيم	Card Number:	085657009	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	LBN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	لبنان		
Issue Date:	07/10/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	29/09/2020	Date of Birth:	03/02/1993	Sponsor Name:	احمد يوسف ابراهيم
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	04313361
Residency Type:	03	Residency Number:	20120023040121	Residency Expiry:	29/09/2020
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

3/24/2018



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

640.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000894)

Date: 12-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000339 - Hadil Ahmad Ibrahim - 971544416263

The sum of Dhs. Six Hundred Forty Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 640.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 12-07-2018

Being

Made by Ghada

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