

File No#: 1000544 Date: 24/3/2018

اسم المريض:

Patient Name: Sanaa Moussa

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 1/1/1963

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Palestinian

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 564032836

E-MAIL: Sana Al Moussa@hotmail.co.uk

How Did You Know About Us?

My friend

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟

1 - دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار

2- دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار

3 - قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار

4- نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار

5- بشرة داكنة السمرة

2- هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم لا

3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلاّ البسيط (الهربس) أو ثور الحمى أو التفurchات في منطقة العلاج ؟ نعم لا

4- هل تناولت عقار "الأكيو تان / الإيسوترينوتين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

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

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 | Sanaa Mustapha, Moussa | IDN: | 784196329072472 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | سناة مصطفى, موسى | Card Number: | 073090212 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | PSE | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | فلسطين | | |
| Issue Date: | 06/05/2015 | Sex: | F | Sponsor Type: | 03 |
| Expiry Date: | 04/04/2018 | Date of Birth: | 01/01/1963 | Sponsor Name: | محمد موسى سعد الدين |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 10859591 |
| Residency Type: | 03 | Residency Number: | 20119873001116 | Residency Expiry: | 04/04/2018 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 99 | Occupation Field: | 00 |

Photo



Signature Image

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

3/24/2018

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا صالح المحمدي 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 الأصابع 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 , التنف , الكريمات , وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تلقيت التعليمات التالية :-

- لا يسمح بالتسمير أو 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 ستلاشي خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ونادرا ما تدوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام واقيات الشمس.

Circle areas to be treated:

Other _____

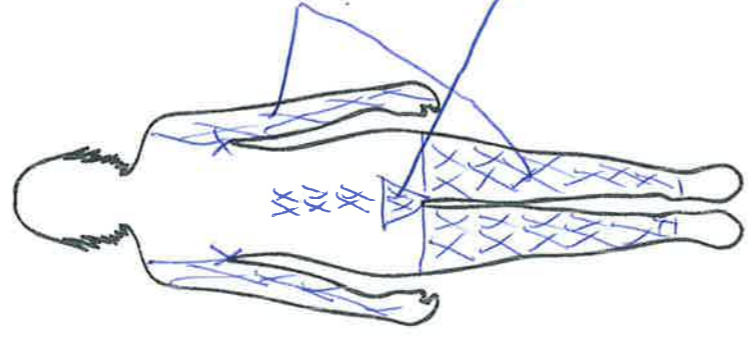
8/5/2018

START TIME: 4PM
END TIME: 6:20PM



18 J/cm², SHORT X 2 PASSES

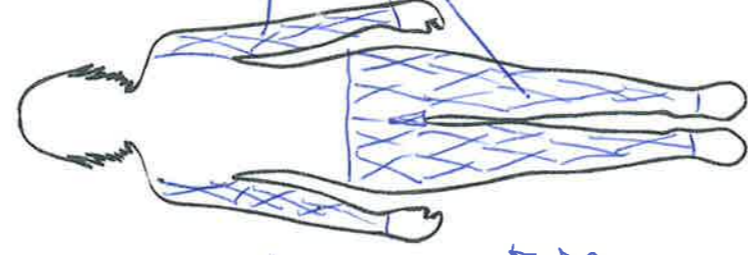
Front



20 J/cm², SHORT
X 2 PASSES

14 J/cm², SHORT
X 2 PASSES

Back



20 J/cm²,
SHORT X 2 PASSES

