

ORCHID MEDICAL CENTER
SPECIAL PACKAGE TREATMENT FOLLOW UP FORM

PATIENT NAME: HANEEN ALMOBAYED

FILE #: 1000356
FILE DATE: 26/3/2018

NAME OF PACKAGE: LHR FULL BODY X 6 SESSIONS

NO: SESSION	DATE	TREATMENT NAME	SIGNATURE OF DOCTOR/TECHNICIAN
1	DATE: 2/4/18	LHR FULL BODY	<i>[Signature]</i>
2	DATE: 2/5/18	LHR FULL BODY	<i>[Signature]</i>
3	DATE: 2/6/18	LHR FULL BODY	<i>[Signature]</i>
4	DATE: 4/7/18	LHR FULL BODY	<i>[Signature]</i>
5	DATE: 1/8/18	LHR FULL BODY	<i>[Signature]</i>
6	DATE: 1/10/18	LHR FULL BODY	<i>[Signature]</i>
7	DATE:		
8	DATE:		
9	DATE:		
10	DATE:		
11	DATE:		

TOTAL NO: OF SESSIONS: 6
TREATMENT START DATE: 2/4/18
TREATMENT END DATE:

File No#: 1000346

Date: 26 March 2018

اسم المريض:

Patient Name: Haneen Hisham Almobayed

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 17 Oct. 1995

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Egyptian

Occupation (الوظيفة): interior designer

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 050-9520906

E. MAIL: haneenhisham@outlook.com

How Did You Know About Us?

Friend

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

ميرجى 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 ظهرة لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ لا نعم لا

3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو الثقرحات في منطقة العلاج ؟ لا نعم لا

4- هل تناولت عقار "الأكيوتان / الايسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟ لا نعم لا

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

لا نعم لا

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا حسين منبج المصطفى 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 بصيلات 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 , التفت , 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 التفت 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 ستلتشى خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ونادرا ما تتوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام واقيات الشمس.

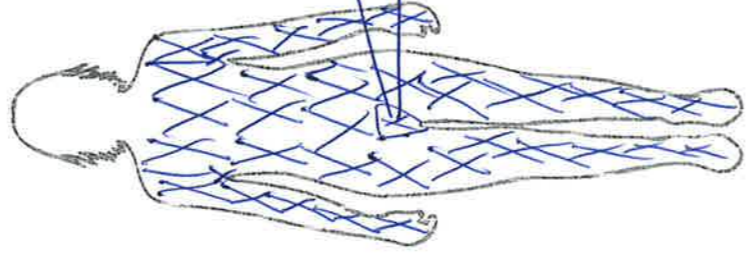
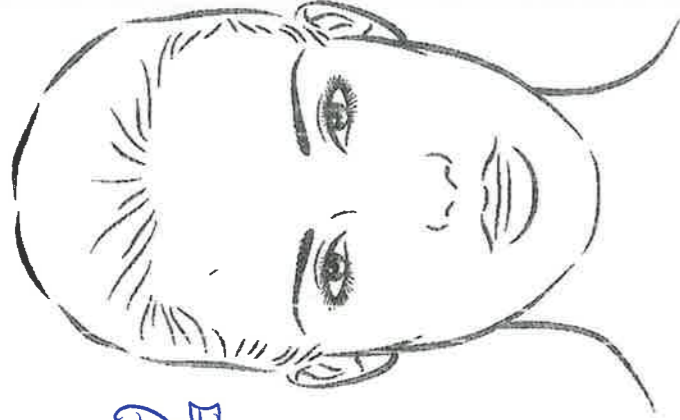
United Arab Emirates دولة الإمارات العربية المتحدة
Driving License رخصة قيادة
رقم الرخصة 562492
الاسم حنين هشام رشدي عبد يوسف
Nationality الجنسية مصر EGYPT
Date of Birth تاريخ الميلاد 01-01-1995
Issue Date تاريخ الإصدار 16-06-2014
Expiry Date تاريخ الانتهاء 17-12-2026
Place of Issue جهة الإصدار SHARJAH

SHIR23330
Licensing Authority

Circle areas to be treated:

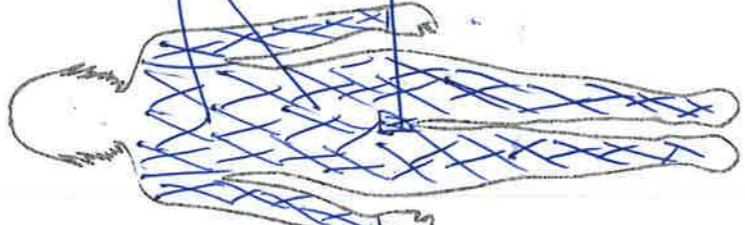
Other _____

START TIME: 1PM
END TIME: 3:30 PM
FULL BODY LHR (NO FACE)
20 J/cm², SHOOT X 2 PASSES



14 J/cm², SHOOT X 2 PASSES

12 J/cm², BURST X 2 PASSES



20 J/cm², SHOOT
X 2 PASSES

12 J/cm², BURST
X 2 PASSES

Other _____

2 JUNE 2018

LHR FULL BODY - DP1 MODE

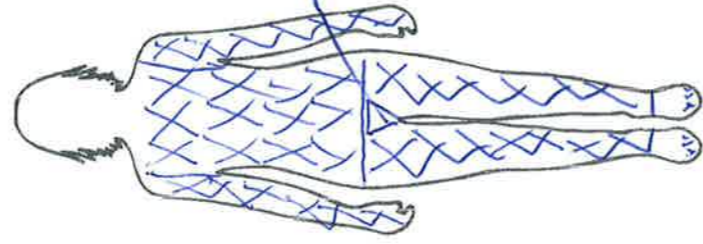
20 J/cm², SHORT X 2 PASSES

START: 1:10 PM

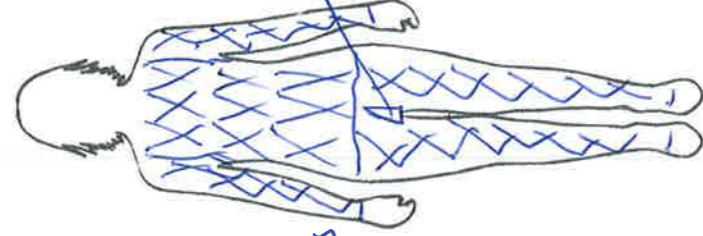
END: 3:40 PM



Front



Back



Circle areas to be treated:

Other

4/7/18

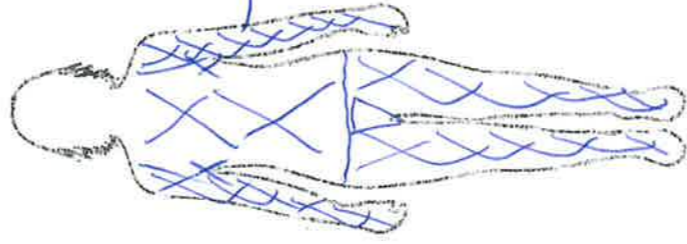
1HR Full Body (NO FACE)

22J/cm², SHORT X 2 PASSES

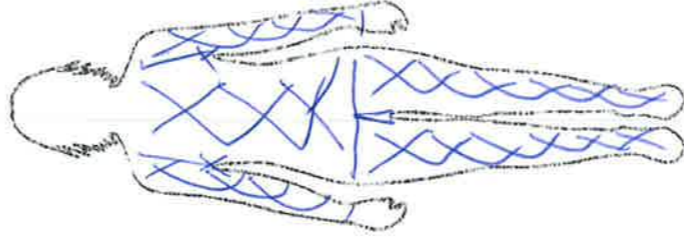


Front

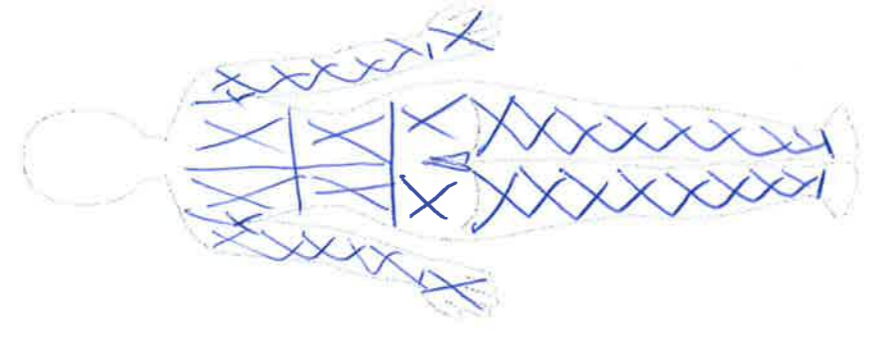
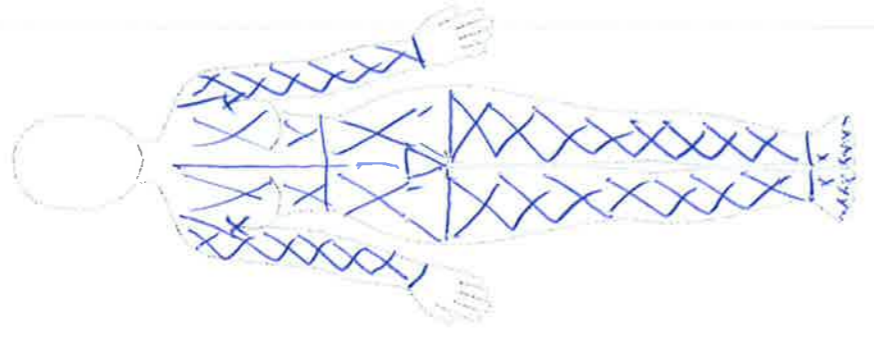
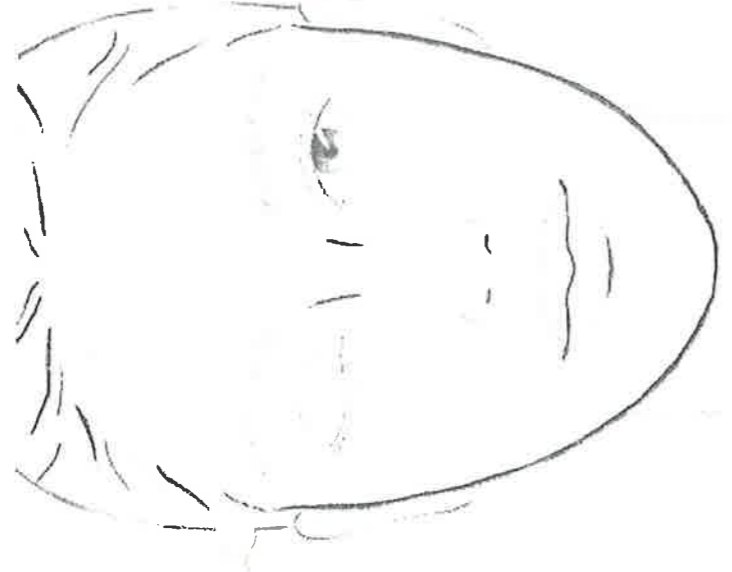
Back



22J/cm², SHORT X
2 PASSES



Patient's Name: HANJEN AMMOGHIED
 File Number: 1000354
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No Yes



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	1/9/18	1/10/18				
Treatment Area	FULL BODY	FULL BODY				
Hair Type	COURSE, BLACK	DARK				
Mode	DPI 1, FDP	DPI, FDP				
Fluence	24J/cm ² , 67um ²	22J/cm ² , 67um ²				
Pulse Type	SHORT	BLENDED, SHORT				
CNT Pulse						
Passes	1-2	2, 1				
Starting Time	2:05 PM	10:20 AM				
Finish Time	4:40 PM	2:15 PM				
Post Treatment						

Therapist Name and Signature HESSIE JANE