

File No#: 1000359 Date: 26.3.2018
Patient Name: Anaya Ahmad Malak عناية أحمد مالك اسم المريض:
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 07/08/1980 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): Jordanian Occupation (الوظيفة): _____
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): 0504039383
E. MAIL: darabusamir@yahoo.com

How Did You Know About Us?
Facebook

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 , عديدة الاسمرار
 - 3- قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
 - 4- نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
 - 5- بشرة داكنة السمرة
- 2- هل ظهرت لديك علامات ندوب أو جدره ؟ لا
- 3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلاّ البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ لا
- 4- هل تناولت عقار "الأكوتان" / الايسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟ لا
- 5- هل استخدمت عقار " ريتين اي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكوينيون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟
لا

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا عناية المهريسة محمود مقدمي 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 , النقف , 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 النقف 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 نادرا ما تدوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام أقيات الشمس.

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

Public Data Readed Succ

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	Anaya,Ahmad,Rashid,Mahmoud,Malak	IDN:	784198047507268	Mother Name:	
Name (Ar)	عائيه احمد رشيد محمود ملك	Card Number:	083026057	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	17/04/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	11/04/2019	Date of Birth:	07/08/1980	Sponsor Name:	سهيل توفيق عبدالرحيم منصور
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	64697673
Residency Type:	03	Residency Number:	30120153011331	Residency Expiry:	11/04/2019
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

3/26/2018

Circle areas to be treated:

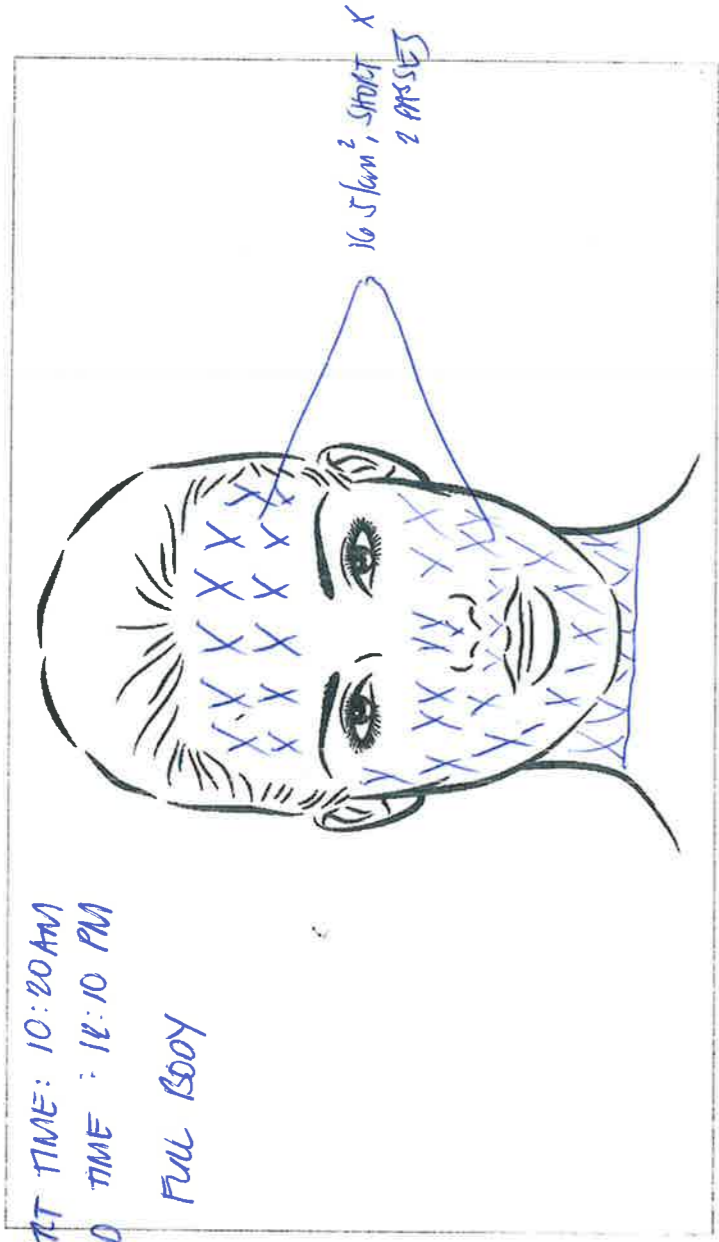
Other _____

10 MAY 2018

START TIME: 10:20 AM

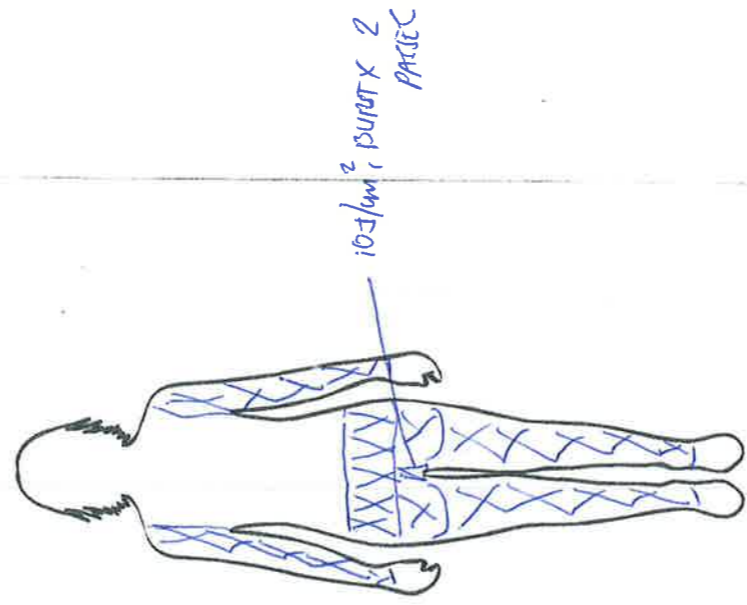
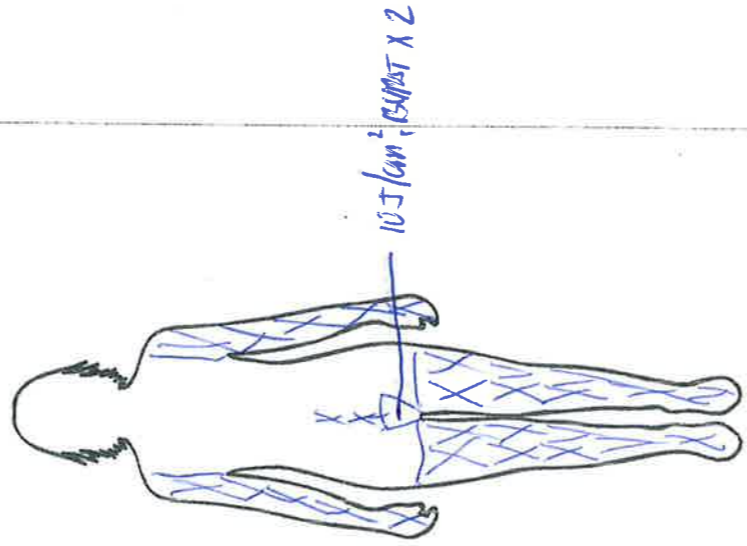
END TIME: 12:10 PM

LHR FULL BODY



Front

Back

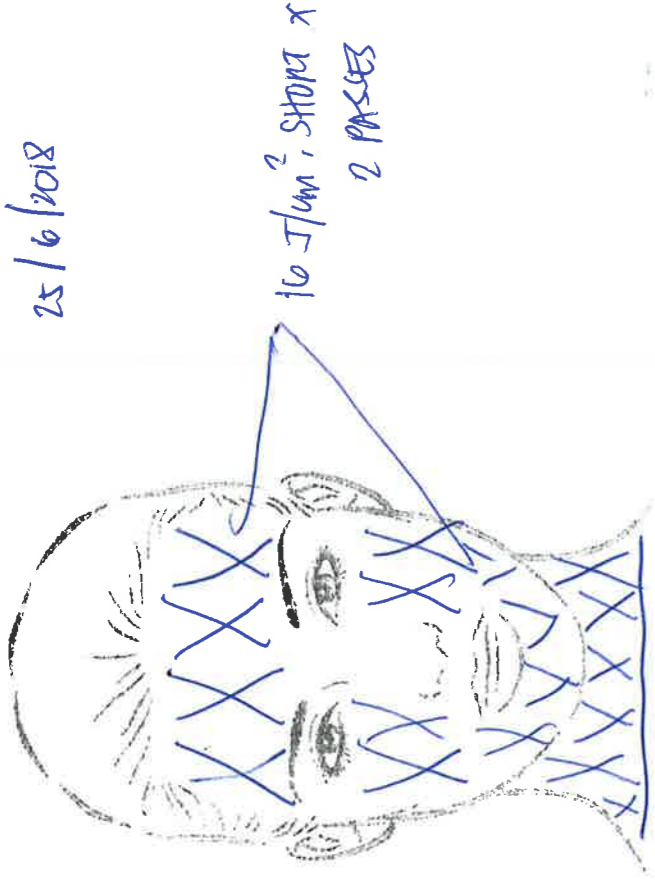


25/6/2018

START: 12:15 PM

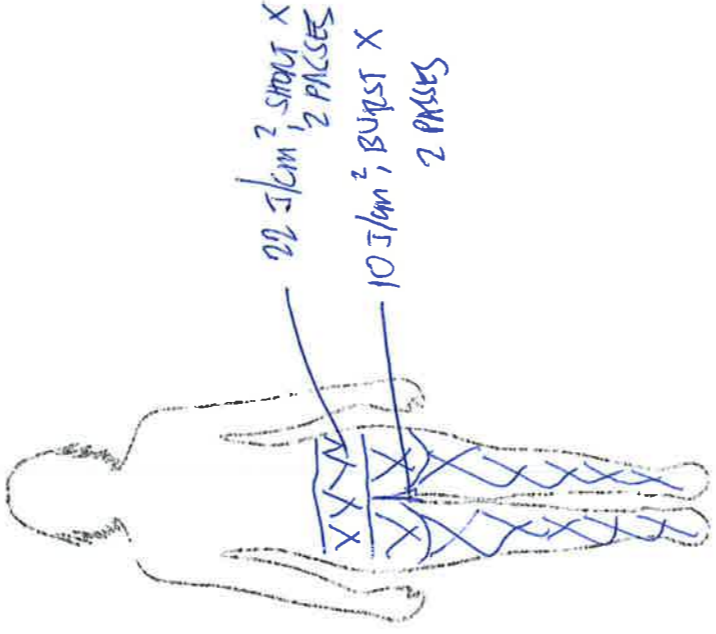
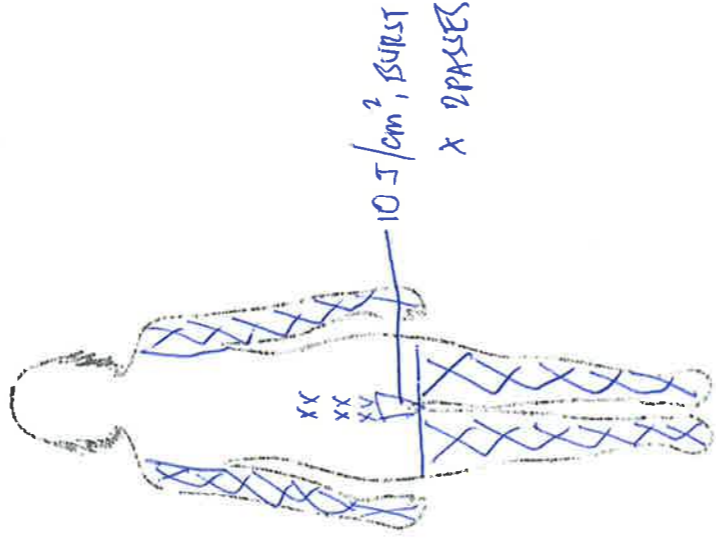
END: 2:15 PM

LHR FULL BODY



Front

Back





مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

2,400.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000801)

Date:25-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000359 - Anaya, Malak - 971502039383

The sum of Dhs. **Two Thousand Four Hundred Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **2,400.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

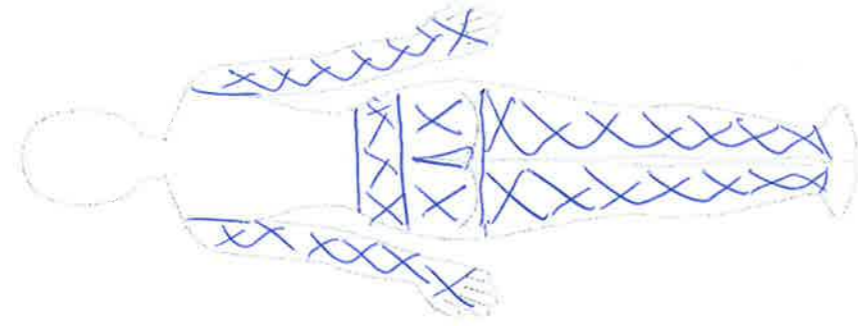
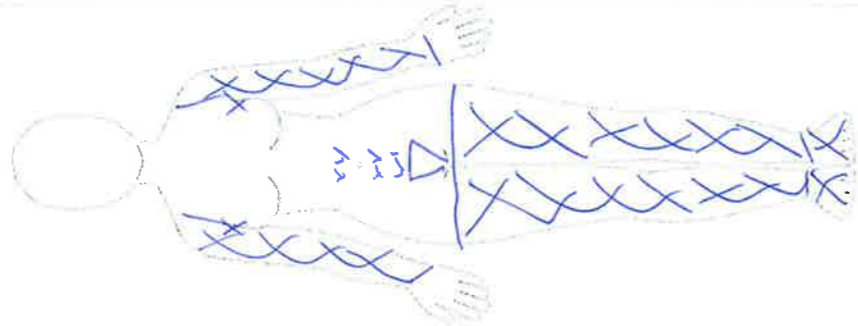
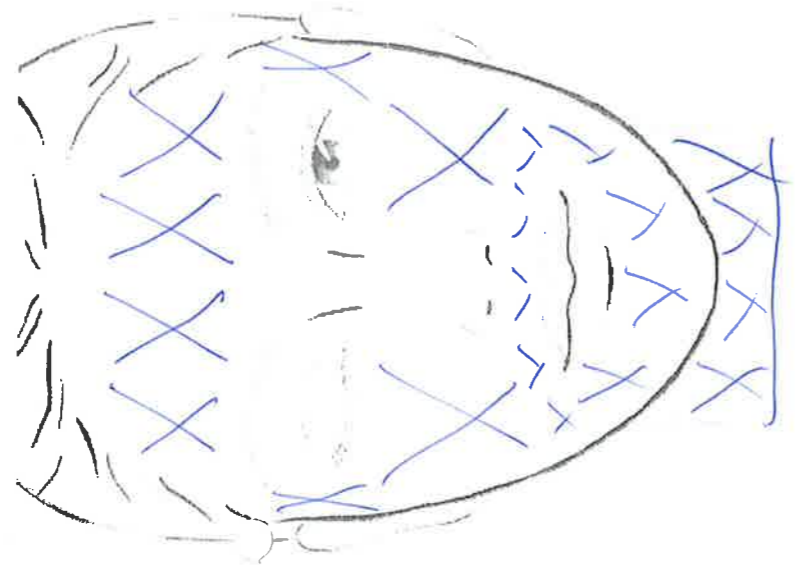
Date: **25-06-2018**

Cheque No.

Being **AGAINST INVOICE NO: 419**Made by **Ghada**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.aewww.omc1.ae


Patient's Name: ANAYA ATHANAY NAKKAK
 File Number: 1000359
 Pain Relief given? Yes / No

رقم الملف:
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3
Treatment Date	7/8/18	19/9/18	25/10/18
Treatment Area	FULL BODY	FULL BODY	FULL BODY
Hair Type	DARK, COURSE	DARK	DARK
Mode	DP1, FDP	PP1	DP1
Fluence	20-22 J/cm ² , 7 J/cm ²	20-22 J/cm ²	26 J/cm ² ; 7 J/cm ²
Pulse Type	SHORT	BLEND, BURST	SHORT
GNT Pulse			
Passes	2, 1	2	2
Starting Time	10:15 AM	10:10 AM	
Finish Time	12:30 PM	12:45 PM	
Post Treatment			

Session 5

Session 4

Session 3

Session 1

Therapist Name and Signature BUESSE JANE