

File No#: 1000362 Date: 27/3/2018  
اسم المريض: \_\_\_\_\_  
Patient Name: OM Jassem  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): — Gender (الجنس): M / F  
Nationality (الجنسية): Emirati Occupation (الوظيفة): \_\_\_\_\_  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): — Phone No. (رقم الهاتف): —  
5. MAIL: \_\_\_\_\_  
How Did You Know About Us? friend of Shekha Fakher Bin Hasher

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 ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم \_\_\_ لا \_\_\_
- 3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بقور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم \_\_\_ لا \_\_\_
- 4- هل تناولت عقار "الأكيوتان / الايسوتريتينين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم \_\_\_ لا \_\_\_
- 5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟  
نعم \_\_\_ لا \_\_\_

