

File No#: 10003604

Date: 28/03/18

Patient Name: Farzaneh Hussain

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 5/6/1976

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Iranian

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Phone No. (رقم الهاتف): 0551889188

E. MAIL: ✓ anana30@icloud.com

How Did You Know About Us? ✓ From Instagram

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 ظهوره لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ نعم لا
- 3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهريس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ نعم لا
- 4- هل تناولت عقار "الأكيوتان / الايسوترتينين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا
- 5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروركوينون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟ نعم لا

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا حرمان حسين 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 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 , التصف , الكريمانت , 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 التصف قبل العلاج ب6 أسابيع على الأقل.

. 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 ستتلاشى خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ونادرا ما تدوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام واقيات الشمس.

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	Farzaneh,Hossein,,Morshedi	IDN:	784197628504322	Mother Name:	
Name (Ar)	فرزانه حسين مورشدی	Card Number:	084351063	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	جمهوریة ایران الإسلامية		
Issue Date:	12/07/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	11/12/2019	Date of Birth:	21/01/1976	Sponsor Name:	مریم حسین علی
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	209190
Residency Type:	03	Residency Number:	30120103000047	Residency Expiry:	11/12/2019
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

3/28/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-001087

Date: 19-08-2018

AED 840.00

RECEIPT VOUCHER

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000364 - Farzaneh Morshedi - 971551889188

The sum of Dhs. **Eight Hundred Fourty Only**By Cash **840.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: 0.00) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR FULL BODY LHR**

Made by Ghada

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001124)

Date: 26-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000364 - Farzaneh Morshedi - 971551889188

The sum of Dhs. Eight Hundred Forty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 840.00

Bank: Cheque No.

Date: 26-08-2018

Being

Made by Ghada

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

Patient's Name: FARZANEH HUSSAIN

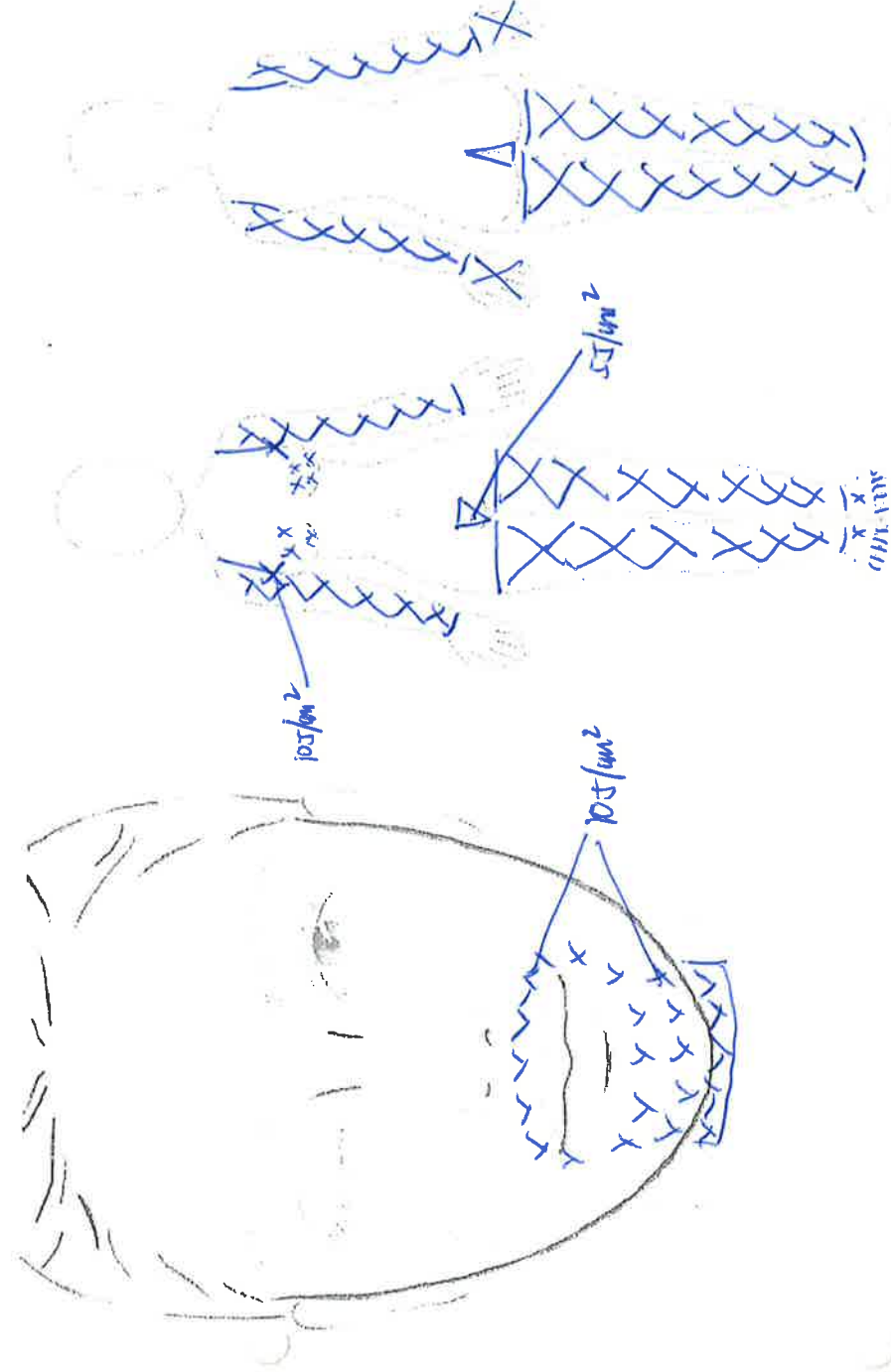
File Number: 1000364

Pain Relief given? Yes / No

إسم المريض:

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	26/8/18	25/03/18				
Treatment Area	FULL BODY	FULL BODY				
Hair Type	Dark, coarse	Dark, medium				
Mode	DP1, FDP	DP1, FDP				
Fluence	16J/cm², 5J/cm²	14 J/cm², 5J/cm²				
Pulse Type	BURST, SHORT	BURST, SHORT				
CNT Pulse						
Passes	2, 1	2				
Starting Time	10:10 AM	12:20 PM				
Finish Time	12:15 PM	1:35 PM				
Post Treatment	MEBO	MEBO				

Therapist Name and Signature: BESSIE [Signature]



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-002762

RECEIPT VOUCHER

AED 1,050.00

Date: 26-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000364 - Farzaneh Morshedi - 971551889188**The sum of Dhs. **One Thousand and Hundred Fifty Only**By Cash **1,050.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____ Cheque No. _____ Date: _____

Being **PATIENT PAID FOR PACKAGE 1000 + 50 VAT WILL COME NEXT MONTH TO START HER SESSION**Made by **Rana**

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