

File No#: 1000372

Date: 3/03/18

Patient Name: Eman Mohamed Sajed

اسم المريض: ايمان محمد سعيد

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 06/10/1983

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Egyptian

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Phone No. (رقم الهاتف): 0550 9948840

MAIL: eman.mohameds@hotmail.com

How Did You Know About Us? /

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 الحلا بسيط (الهربس) أو بثور الحصى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ نعم لا

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

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

نعم لا

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا ايمن محمد بقدمي إلى مركز أوركيد الطبي / المشاركة 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 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 , الكريمان , وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تقيت 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 ستلاشى 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 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	Eman, Mohamed Sayed, Mahmoud	IDN:	784198381027436	Mother Name:	
Name (Ar)	إيمان محمد سيد محمود	Card Number:	084110665	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):		(Ar):	مصر		
Issue Date:	02/07/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	21/05/2020	Date of Birth:	06/10/1983	Sponsor Name:	هيئة الشارقة للاستثمار والتطوير شروق
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	30120177030876	Residency Expiry:	21/05/2020
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

3/31/2018

Circle areas to be treated:

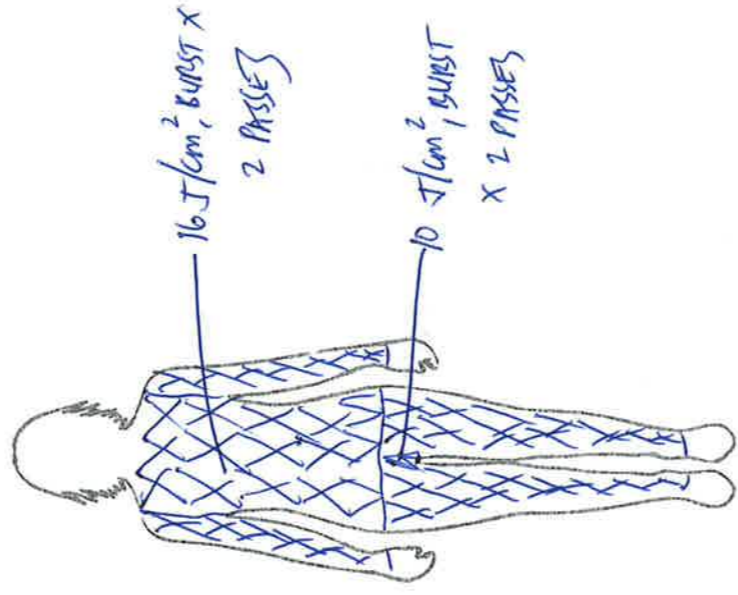
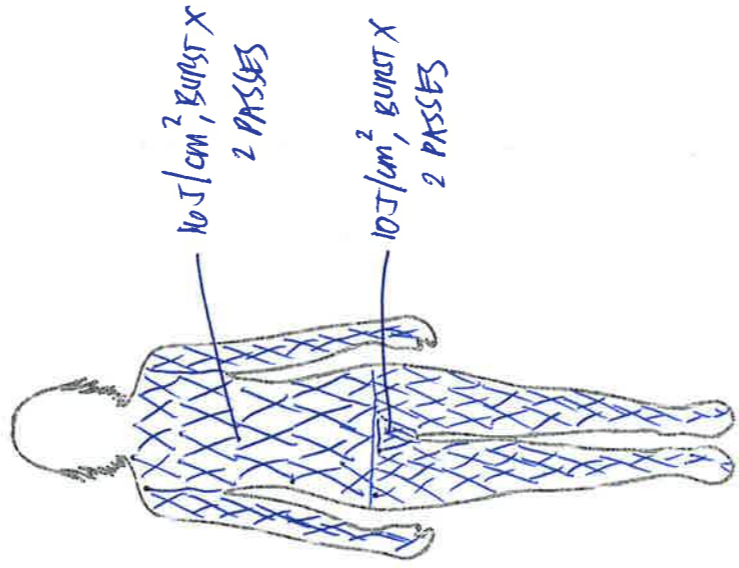
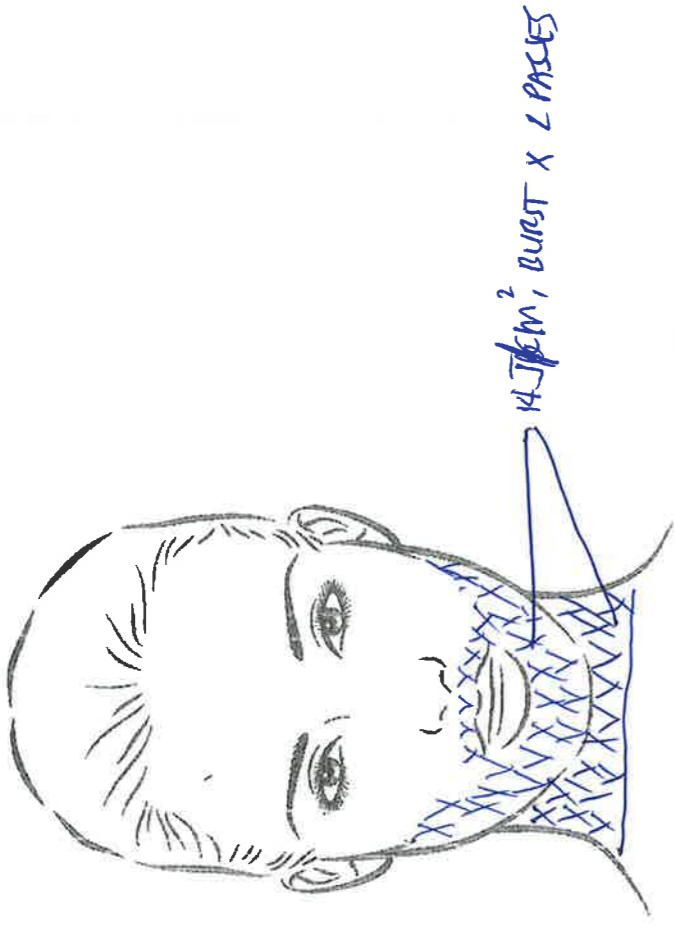
EMAN SAYED

Other

30/4/2018

START TIME: 1 PM

END TIME: 3:25 PM





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,200.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000568)	Date:30-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000372 - Eman Mahmoud - 971509348840		
The sum of Dhs. One Thousand Two Hundred Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 1,200.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 30-04-2018
Being		
Made by Ghada		

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