

File No#: 1000416 Date: 12.4.2018
Patient Name: Mervat Yehia اسم المريض:
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 8.11.1985 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): Palestinian Occupation (الوظيفة):
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): 05228691206
E. MAIL: mervatyehia08@gmail.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 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 بثور الحصى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ نعم لا
- 4- هل تناولت عقار "الأكوتان" / الايسوترتينونين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا
- 5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكورتونون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟ نعم لا.

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا _____ بقدمي إلى مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً 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 كالحقن , التنف , الكريمات , وازالة 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 التنف قبل العلاج ب6 أسابيع على الأقل.

• الوشوم/التاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

• يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً 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 ونادراً 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	Mirvat, Y. A., Altanna	IDN:	784198507643702	Mother Name:	
Name (Ar)	ميرفات يحيى علي، الطننه	Card Number:	086874761	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PSE	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	فلسطين		
Issue Date:	26/12/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	10/11/2019	Date of Birth:	08/11/1985	Sponsor Name:	محمد فؤاد محمد السلول
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	90473561
Residency Type:	03	Residency Number:	20120103119932	Residency Expiry:	10/11/2019
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

Mervat A

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

4/12/2018

Circle areas to be treated:

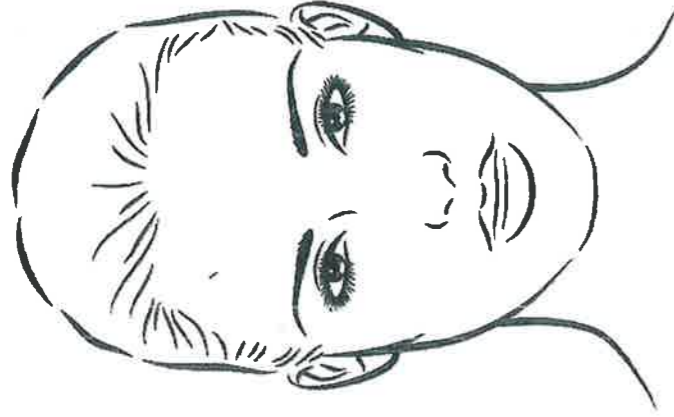
MEKWAT YETHA Other

14 MAY 2018

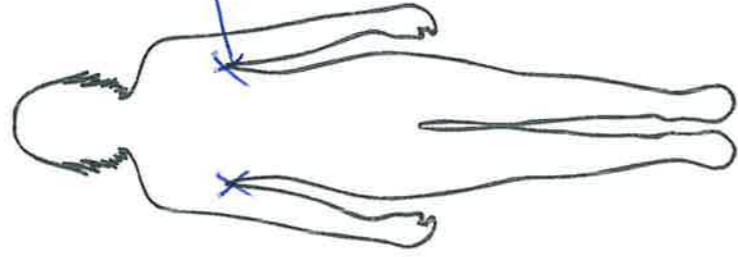
UHC - UNDERARM

START TIME : 12:45 PM

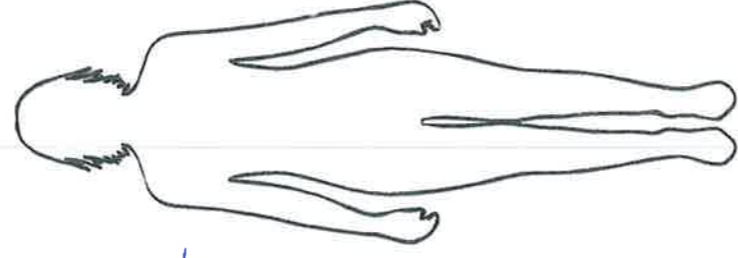
END TIME : 12:55 PM



Front



Back



20 J/cm², SPONT
X 2 PASSES



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 100.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000643)	Date:14-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000416 - MIRVAT ALTANNA - 971564539064		
The sum of Dhs. One Hundred Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 100.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 14-05-2018
Being		
Made by Ghada		

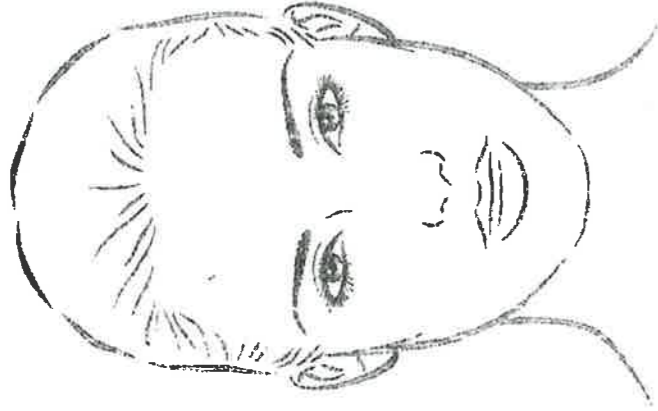
Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae

www.omc1.ae

Circle areas to be treated:

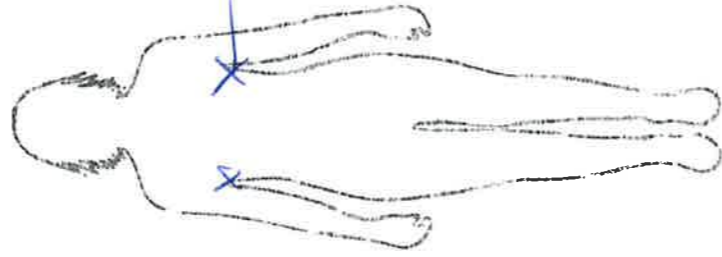
Other

2/16/18



Front

Back



205/cm² STOMACH
X 2 PASSES





مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000784)

Date:21-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000416 - MIRVAT ALTANNA - 971564539064

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 105.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 21-06-2018

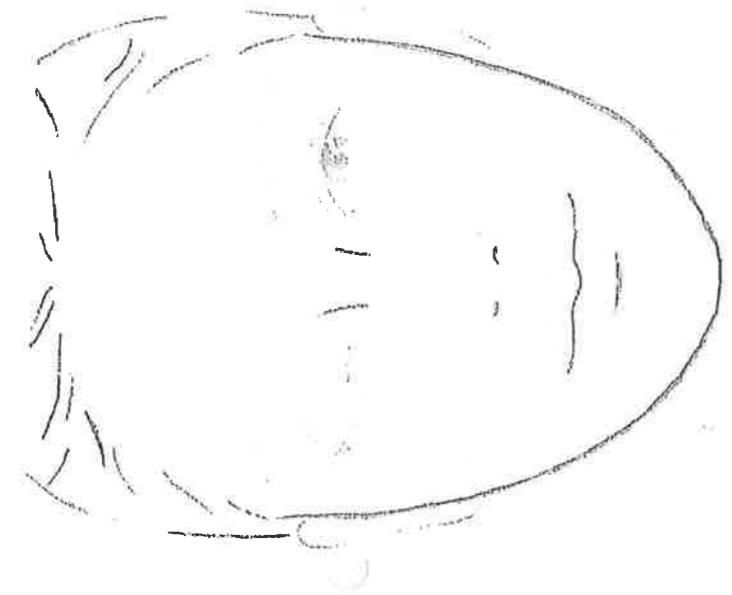
Being

Made by Ghada

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

Patient's Name: MERVAH TEHIA
 File Number: 1000414
 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	28/8/18	6/10/18	20/12/18			
Treatment Area	UNDERARM	UNDERARM	UNDERARM			
Hair Type	DARK, COARSE	DARK, COARSE	THIN			
Mode	DP1	DP1	APEX			
Fluence	20 J/cm ²	22 J/cm ²	7J/10			
Pulse Type	SHORT	SHORT				
CNT Pulse						
Passes	2	2	1			
Starting Time	3:20 PM	2 PM	4 PM			
Finish Time	3:40 PM	2:15 PM	4:20 PM			
Post Treatment						

Therapist Name and Signature NESSE JAIN



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001135)

Date:28-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000416 - MIRVAT ALTANNA - 971528691206

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 105.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 28-08-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001380)

Date: 06-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000416 - MIRVAT ALTANNA - 971528691206

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 105.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-10-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002074)

Date:26-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000416 - MIRVAT ALTANNA - 971528691206

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 105.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 26-12-2018

Being

Made by **Ghada**

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