

File No#: 1000443.
Patient Name: Mohammad Juna.
Date of Birth: _____.
Nationality: Egypt.
Marital Status: Married.
E. MAIL: _____.
How Did You Know About Us? _____.

Date: 17/04/2018.

اسم المريض:

Gender (الجنس): M / F

(الوظيفة): _____.

Phone No. (رقم الهاتف): ٩٥٩٦٥٥٦٥٥٥٥٣.

E. MAIL: _____.

التاريخ الطبي للعلاج باللبنز

*يرجى الإجابة 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 سابقاً علامات ندوب أو جدرة؟ _____ نعم _____ لا _____

3- هل لديك أي تاريخ مرضي من الحمأ البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ _____ نعم _____ لا _____

4- هل تناولت عقار "الأكيوتان / الإيسوتريتونين" خلال السنتين أشهر الماضية؟ _____ نعم _____ لا _____

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

أقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا الغیر مرغوب فيه بالستخدام جهاز الليزر المتوفر. بقدومي إلى مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر أتفهم أن أشعة الليزر تتوجه طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها من الأصياغ الموجودة في بصيلات الشعر و تعطل قدرتها على إفراط الشعر. أتفهم أن النتائج تختلف من شخص لأخر باختلاف تاريخهم الطبي وتوعي بشرتهم ونوع الشعر و التزام المريض مع تعليمات ما قبل وبعد العلاج بالليزر و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وأنا على علم بالطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلاقة ، التصف ، الكريمات ، وازالة بالأشعه و الكي. و التي اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تلقيت التعليمات التالية :-

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات تسمير البشرة لمدة 6-4 أسابيع قبل وبعد العلاج لتفادي زيادة الأعراض الجانبية.
- يجب تفادى إزالة الشعر بالشمع أو التصف قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم/التاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك على العلاجات والحساسية ونوع البشرة.
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكتوبران خلال السنت أشهر الماضية أو تناولوا أي عقاقير تمنعهم من التعرض إلى أشعة الشمس لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

الأعراض الجانبية قد تتضمن أحمرار البشرة بما يشبه الحرائق. بعض الإنفاس والتشقق من الممكن حدوثه. هذه الأعراض الجانبية ستتلاشي خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ونادرًا ما تؤدي. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام واقفات الشمس.

REDAD DATA
cAEAOEBA83ODQxO
Confirm Data

Public Data Readed Suc **SHOW READED DATA**

Public Data Verification report

| File | Valid Signature? |
|------------------------------|------------------|
| Non-Modifiable Data (SF3) | True |
| Modifiable Data (SF5) | True |
| Holder Signature Image (SF7) | True |
| Photography | True |
| Home Address | True |
| Work Address | True |

Card Holder Information

| | | | | | |
|-----------------|-------------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|-----------|
| Name | Mohammad,Juma,Humaid,Bin Jabr | IDN: | 784195546518754 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | محمد, جعفر, هماید بن جابر | Card Number: | 066278976 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | ARE | Family ID: | 202006929 |
| Title(Ar): | | (Ar): | الإمارات العربية المتحدة | | |
| Issue Date: | 15/12/2013 | Sex: | M | Sponsor Type: | |
| Expiry Date: | 15/12/2018 | Date of Birth: | 01/07/1955 | Sponsor Name: | |
| Marital Status: | 02 | Husband MN: | | Sponsor Number: | |
| Residency Type: | | Residency Number: | | Residency Expiry: | |
| ID Type: | ID | Occupation: | 97 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image



orchid medical center

PATIENT NAME: _____ FILE NO.: _____