

File No#: 1000453 Date: 21/04/2018

Patient Name: Wisam Tabak اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 12/07/1983 Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Jordan Occupation (الوظيفة): \_\_\_\_\_

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): 059418059

E. MAIL: \_\_\_\_\_

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 ظهورة لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ \_\_\_ نعم \_\_\_ لا
- 3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بنور الحمى 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 الهيدروكورتون (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 طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها من الأصباغ الموجودة في بصليات الشعر و تعطل قدرتها على إنباء 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 , التفت , الكريمات , 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 التفت قبل العلاج ب6 أسابيع على الاقل.

. 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 ستتلاشي 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.



Circle areas to be treated:

2/14/18

Other

WISAM TARAK

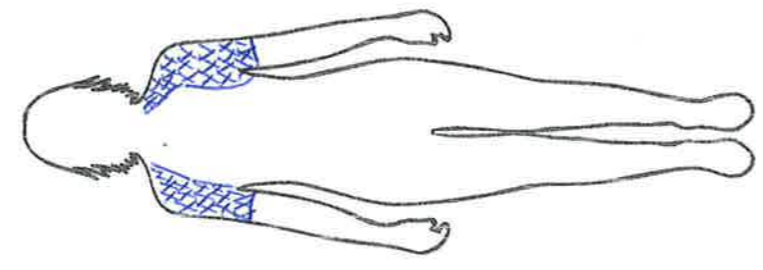
START TIME: 2:45 PM

END TIME: 5 PM

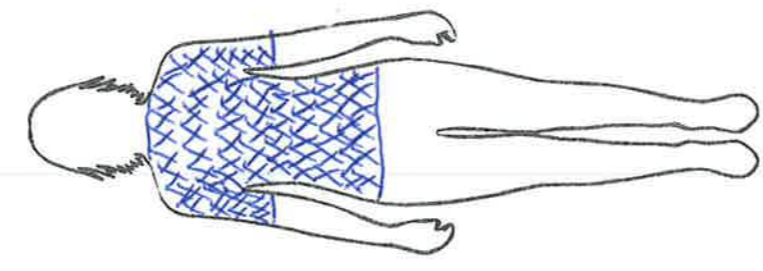
\* PATIENT DID NOT SHAVE !



Front



Back



REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Wisam, Mohammad, Ramadan, Tabak	IDN:	784198375381906	Mother Name:	
Name (Ar)	وسام محمد رمضان تباك	Card Number:	084382672	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	13/07/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	09/07/2019	Date of Birth:	12/07/1983	Sponsor Name:	شركة التأمين الأردني المساهم المحدود - فرع العقابيه
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	30120072027318	Residency Expiry:	09/07/2019
ID Type:	IL	Occupation:	3122	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

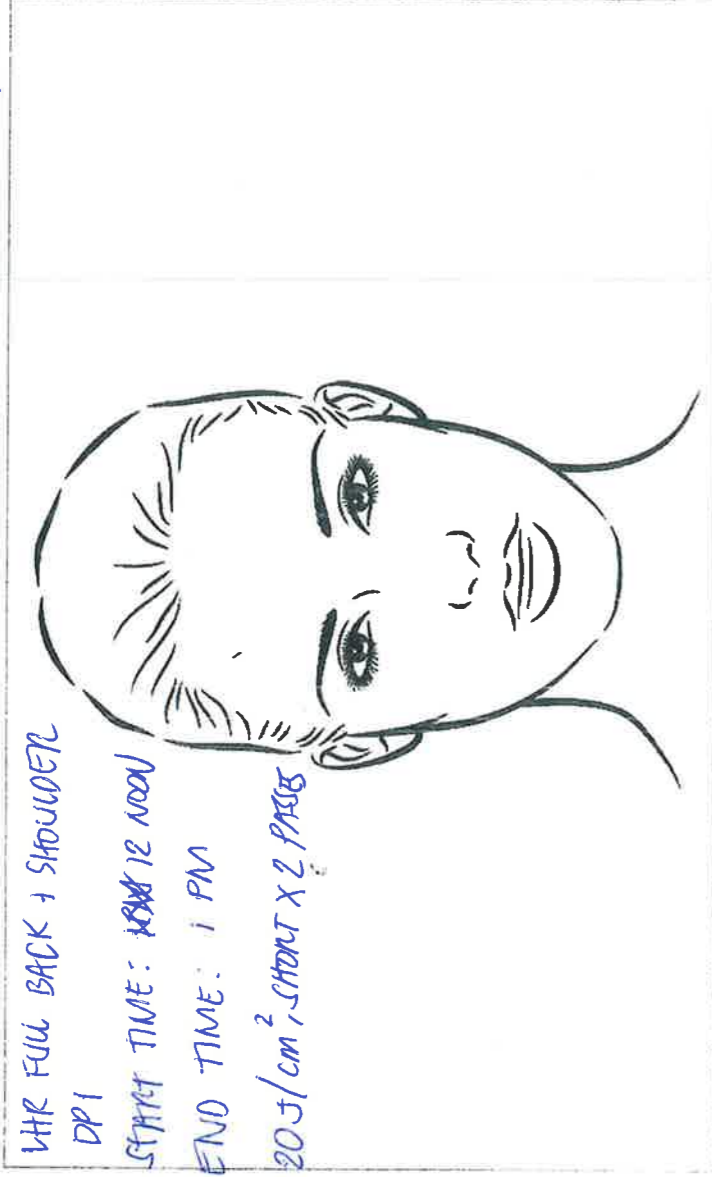
<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

4/21/2018

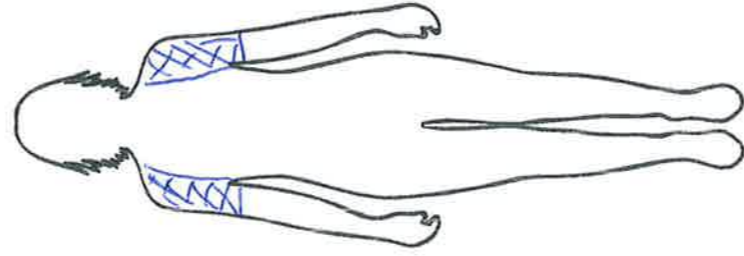
Circle areas to be treated:

Other  
NISAM THASAK

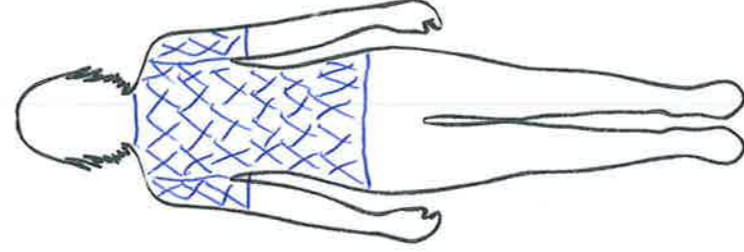
26 MAY 2018



Front



Back



مركز اوركيڤيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 600.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000506)	Date:21-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000453 - WISAM TABAK - 971501418059		
The sum of Dhs. Six Hundred Only		
By Cash 600.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 21-04-2018
Being		
Made by Ghada		

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

www.omc1.ae

  
Ghada



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 600.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000683)	Date:26-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000453 - WISAM TABAK - 971501418059		
The sum of Dhs. Six Hundred Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 600.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 26-05-2018
Being		
Made by Ghada		

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