

File No#: 1000486

Date: 29/04/2018

Patient Name: SUMAIA KATAP

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 25/05/1995

Gender (الجنس): M / (F)

Nationality (الجنسية): SYRIAN

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0552850123

F. 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 ظهرة لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ نعم ___ لا ___

3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ نعم ___ لا ___

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

5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلاليكوليك أو الهيدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟
نعم ___ لا ___

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا _____ بقومي 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 كالحلق ، التنف، الكريمات، وازالة 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 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 ستتلاشى 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

cAEAI0EBAA830DQxO

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	Sumaia,Mhd,Said,,Kataf	IDN:	784197502469196	Mother Name:	
Name (Ar)	سمية محمد سعيد قطف	Card Number:	088683202	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	18/04/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	12/03/2020	Date of Birth:	25/05/1975	Sponsor Name:	حصن على قطف
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	75654315
Residency Type:	03	Residency Number:	20120123073019	Residency Expiry:	12/03/2020
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

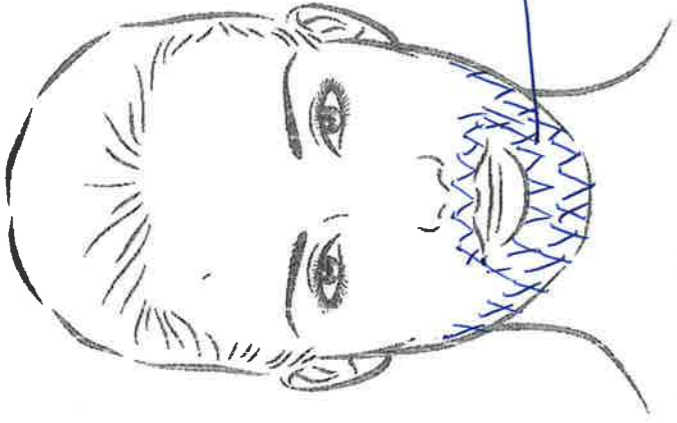
4/29/2018

Circle areas to be treated:

Other _____

29/4/18

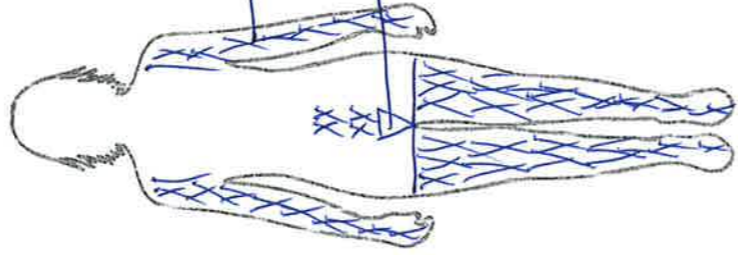
1HR FULL BODY
START TIME: 3PM
END TIME: 5PM



16 J/cm², SHORT X 2 PASSES

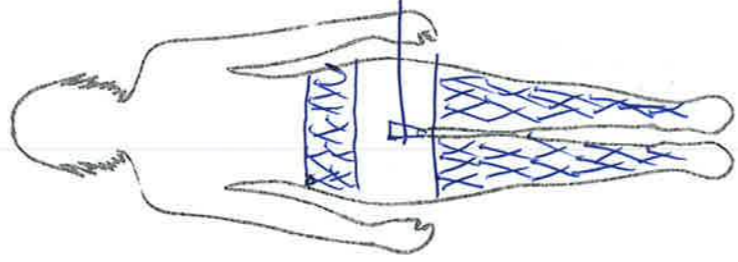
Front

Back



20 J/cm², SHORT X
2 PASSES

10 J/cm², SHORT
X 2 PASSES



10 J/cm², SHORT X
2 PASSES



مركز اوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 950.00	RECEIPT VOUCHER (No. REC-000556)	Date: 29-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000486 - SUMAIA KATAF - 971552850123		
The sum of Dhs. Nine Hundred Fifty Only		
By Cash 950.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 29-04-2018
Being		
Made by Ghada		

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

www.omc1.ae

ed