

File No#: 1000491

Date: 30/04/18

Patient Name: ABDULLA ALZAAABI

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 04/12/1988

Gender (الجنس): (M) / F

Nationality (الجنسية): UAE

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): M

Phone No. (رقم الهاتف): 0122398220

MAIL: \_\_\_\_\_

How Did You Know About Us? \_\_\_\_\_

### التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

\*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 ظهيرة 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 "الأكيوتان / الإيسوترتينوين" خلال الست أشهر الماضية؟ نعم \_\_\_ لا \_\_\_

5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلاليكوليك أو الهاليدروكوبونون (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 الأصابع 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 , 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 ستلاشي خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ونادرا ما تدوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام واقيات الشمس.

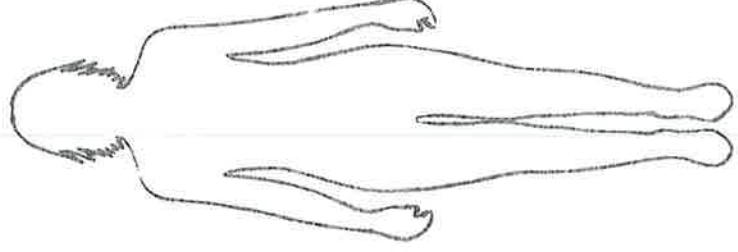
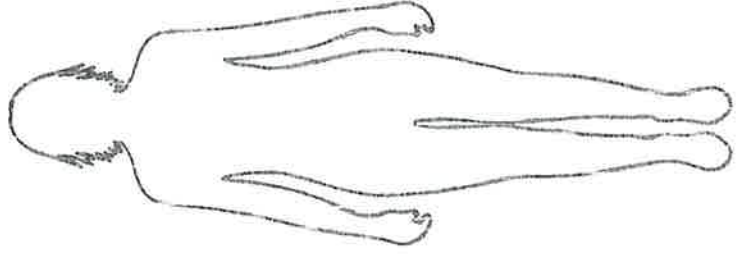
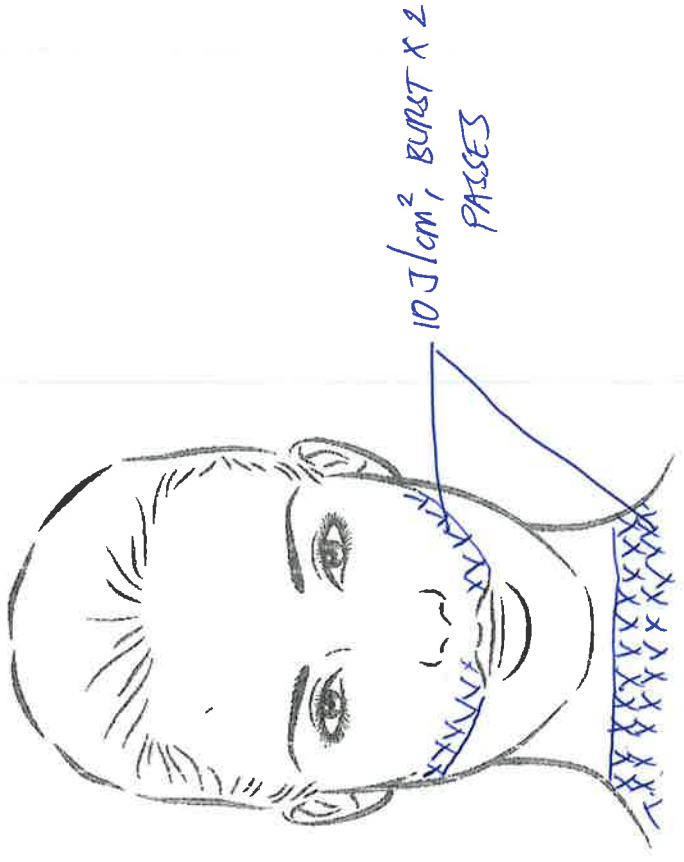
Circle areas to be treated:

ABDULLA AL ZAYATSI

30/04/2018

START TIME : 12:20 PM

END TIME : 12:40 PM





REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

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	Abdulla,Sultan,Salem,A,Alhamar Alzaabi	IDN:	784198876835293	Mother Name:	SUAAD MOHAMED
Name (Ar)	عبدالله سلطان سالم آلهمار الزعابي	Card Number:	072297341	Mother Name (Ar):	سعاد محمد
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	601006454
Issue Date:	15/03/2015	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	15/03/2020	Date of Birth:	04/12/1988	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	98	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

4/30/2018



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 200.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000566)	Date:30-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000492 - Abdulla Alzaabi - 971525392226		
The sum of Dhs. Two Hundred Only		
By Cash 200.00 / By Credit Card 0.00 / 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](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)