

File No#: 1000495

Date: 30/04/2018

Patient Name: Haya Bassam

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 4/06/1991

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Jordan

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 0525392226

MAIL: abd-azaqbi@hotmail.com

How Did You Know About Us? in steyam

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 , عديدة الاسمرار

3 - قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار

4- نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار

5- بشرة داكنة السمرة

2- هل ظهوره لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ لا نعم لا

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

4- هل تناولت عقار "الأكيوتان" / الإيسوتريتينين " خلال الست أشهر الماضية؟ لا نعم لا

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

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا صالح بقدمي إلى مركز أوركييد 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 بصيلات 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 , الكريمانت, وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تقيت 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 الأقل.

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

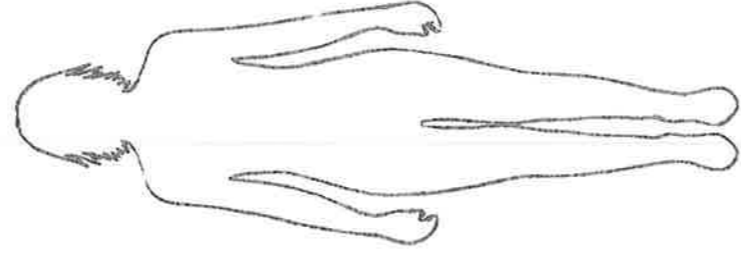
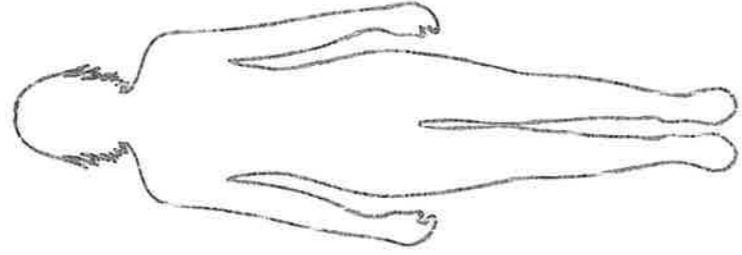
. يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك على العلاجات والحساسية ونوع البشرة.

. 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 ستتلاشى خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ونادرا ما تدوم. وينصح بحم التعرض لأشعة الشمس واستخدام واقيات الشمس.

Circle areas to be treated:

Other _____



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	Haya Bassam Amin Badwan	IDN:	784199150953216	Mother Name:	
Name (Ar)	هايا بسام أمين بدوان	Card Number:	088197754	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن	Sponsor Type:	02
Issue Date:	18/03/2018	Sex:	F	Sponsor Name:	عبدالله سلطان سالم عبدالله عمسي الحمر الزعبي
Expiry Date:	14/03/2021	Date of Birth:	04/06/1991	Sponsor Number:	393035
Marital Status:	02	Husband IDN:		Residency Number:	60120113013020
Residency Type:	03	Residency Number:	60120113013020	Residency Expiry:	14/03/2021
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image

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

4/30/2018



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 950.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000569)	Date:30-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000495 - HAYA BASSAM - 971525392226		
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: 30-04-2018
Being		
Made by Ghada		

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