

File No#: 1000499 Date: 30/6/2018

Patient Name: Maha Mohamed Farouk اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 2/10/1963 Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Egypt Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): 0509420446

MAIL: _____

How Did You Know About Us? SOCIAL MEDIA

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 , عديدة الاسمرار

3 - قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار

4- نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار

5- بشرة داكنة السمرة

2- هل ظهرت 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 / الأيسوترتينوين" خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

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

نعم لا.

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا د. محمد يوسف مستشار مقدمي 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 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 الأقل.

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

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

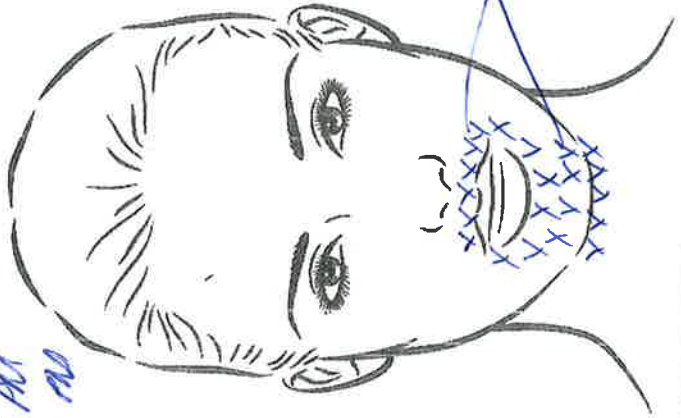
. الأشخاص الذين تناولو عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو تناولو أي عقاقير تمنعهم من التعرض إلى أشعة الشمس لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

الأعراض الجانبية قد تتضمن احمرار البشرة بما يشبه الحروق. بعض الإنتفاخ والتشقق من الممكن حدوثه هذه الأعراض الجانبية ستلتاشي خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع نادرا ما تكون. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام واقيات الشمس.

Circle areas to be treated:

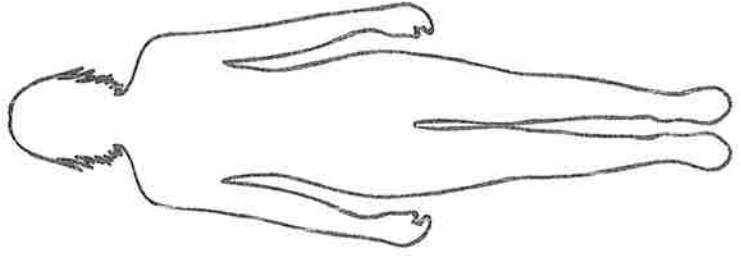
Other _____

START TIME: 6:15 AM
END TIME: 6:30 AM

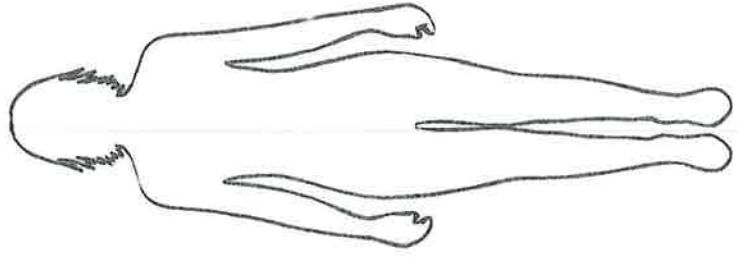


14J/cm², BURST X
2 PASSES

Front



Back



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	Maha Mohamed,Farouk Moustafa,,Mohamed	IDN:	784196309396800	Mother Name:	
Name (Ar)	مها محمد فاروق مصطفى,,محمد	Card Number:	082221609	Mother Name (Ar):	
Title		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	22/02/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	19/02/2019	Date of Birth:	02/10/1963	Sponsor Name:	جى اى ام اس وورلد اكاڊمى فرع من برينير سكرتاز انتر نيشونال تش ذ م م
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120132032674	Residency Expiry:	19/02/2019
ID Type:	IL	Occupation:	2353	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

4/30/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 100.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000573)	Date:30-04-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000499 - Maha Mohamed, Farouk Moustafa,, Mohamed FAROUK - 971509420440		
The sum of Dhs. One Hundred Only		
By Cash 100.00 / 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