

File No#: 1000200

Date: 30/04/18

Patient Name: NADIN HASSAN

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 10/04/1999

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): EGYPTIAN

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0243090992

MAIL: nadingamal@gmail.com

How Did You Know About Us? / Internet

### التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

\*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟

1 - دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار

2- دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار

3 - قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار

4- نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار

5- بشرة داكنة السمرة

2- هل ظهور 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" / الإيسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

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

## إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا NADIA HASAN 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 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 , التصف , 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 التصف 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 ستلاشى 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.

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO\*

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            | Nadin,Gamal<br>Eldin,Khamis,Mohamed,Hassan | IDN:              | 784199958543060 | Mother Name:      |                          |
| Name (Ar)       | نادين جمال الدين خيمس ومحمد حسن            | Card Number:      | 084333562       | Mother Name (Ar): |                          |
| Title:          |  | Nationality (Ar): | EGY<br>مصر      | Family ID:        |                          |
| Issue Date:     | 11/07/2017                                 | Sex:              | F               | Sponsor Type:     | 03                       |
| Expiry Date:    | 04/07/2019                                 | Date of Birth:    | 10/04/1999      | Sponsor Name:     | جمال الدين خيمس محمد حسن |
| Marital Status: | 01   | Husband IDN:      |                 | Sponsor Number:   | 865838                   |
| Residency Type: | 03   | Residency Number: | 20120103126272  | Residency Expiry: | 04/07/2019               |
| ID Type:        | IL   | Occupation:       | 11              | Occupation Field: | 00                       |



Photo

Signature Image

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

4/30/2018

Circle areas to be treated:

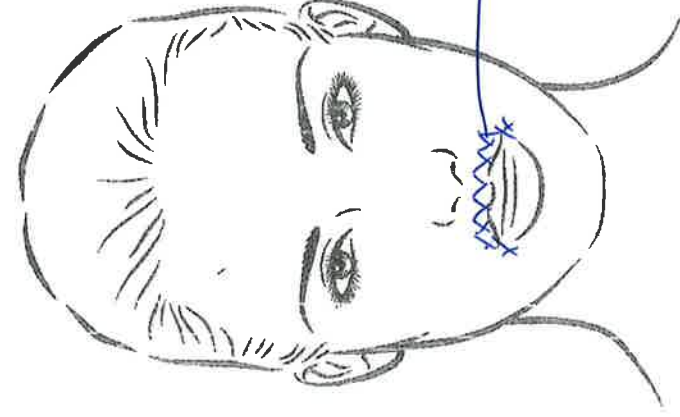
NADIN HYSSON

Other

8/04/2018

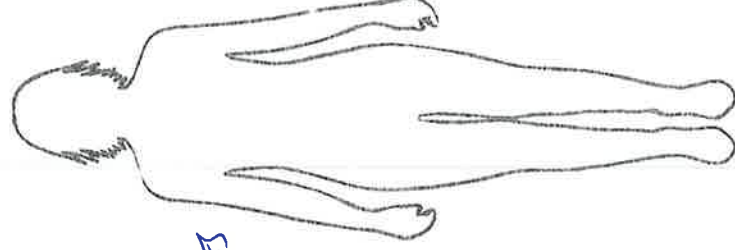
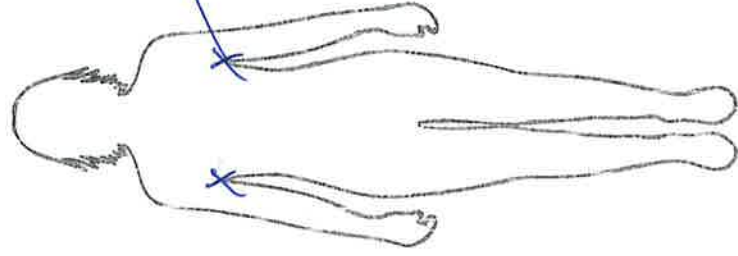
START TIME: 6:30 PM

END TIME: 6:45 PM



Front

Back







مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

|   |                                 |                  |
|---|---------------------------------|------------------|
| AED 150.00  | RECEIPT VOUCHER (No.REC-000574) | Date:30-04-2018  |
| Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000500 - Nadin Hassan - 971543040445                                  |                                 |                  |
| The sum of Dhs. One Hundred Fifty Only  |                                 |                  |
| By Cash 150.00 / 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)