

File No#: 100524 Date: 6/5/2018

Patient Name: Mai Bin HaSith اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 30/11/1983 Gender (الجنس): M /  F

Nationality (الجنسية): Emarti Occupation (الوظيفة): \_\_\_\_\_

Marital Status (الحالة الاجتماعية): \_\_\_\_\_ Phone No. (رقم الهاتف): 056663919

E. 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 ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم \_\_\_ لا \_\_\_

3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا بسيط (الهربس) او بنور الحثى او التقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم \_\_\_ لا \_\_\_

4- هل تناولت عقار "الأكوتان / الايسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم \_\_\_ لا \_\_\_

5- هل استخدمت عقار " ريتين اي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟  
نعم \_\_\_ لا \_\_\_

## إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا \_\_\_\_\_ بقدمي إلى مركز أوركيد الطبي / المشاركة 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 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 , التفتف , الكريمات, وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تأقبت 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 التفتف 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 ستلاشي خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ونادرا ما تنوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام واقيات الشمس.

Circle areas to be treated:

Other

27 MAY 2018

LHR FULL BODY WITHOUT  
FRONT & BACK

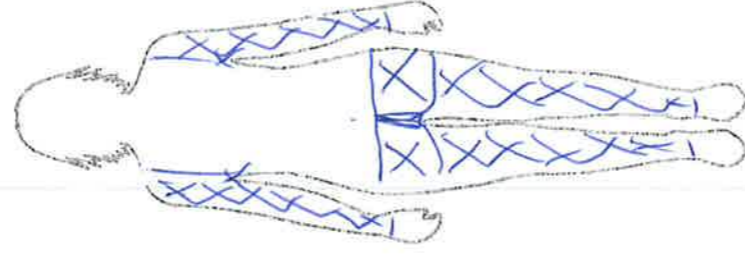
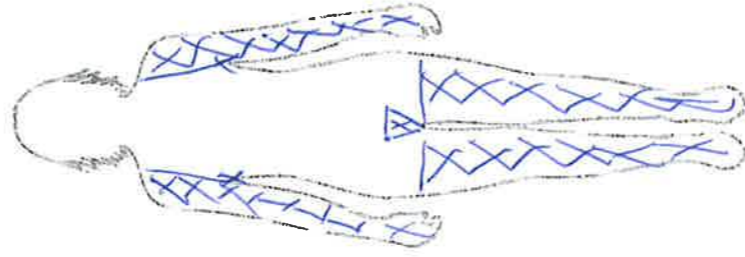
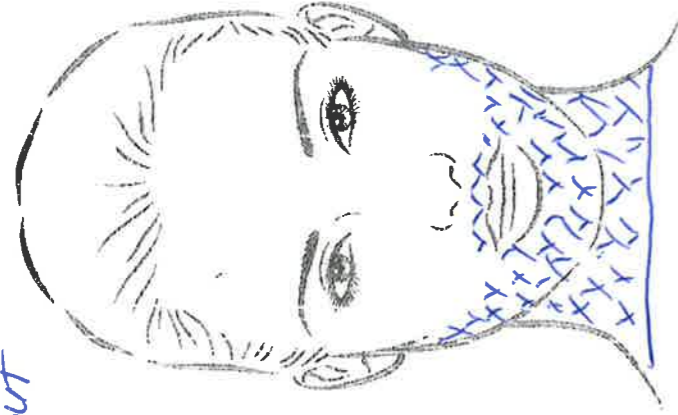
FDP MODE

5-6 J/cm<sup>2</sup>, START

START : 1:50 PM

END : 4:45 PM

(APPROX 3 HOURS)



Circle areas to be treated.

Other

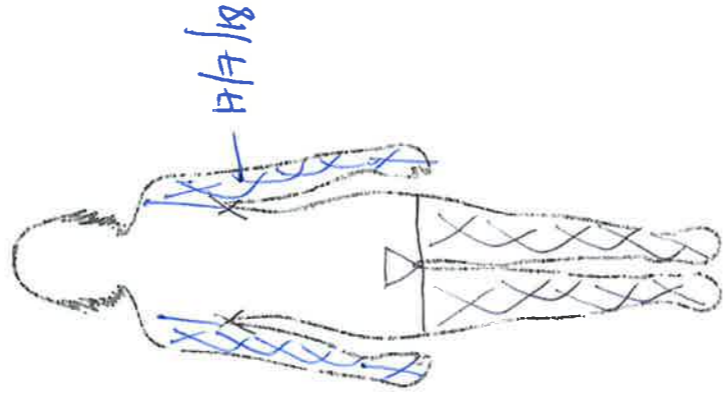
27/6/2018



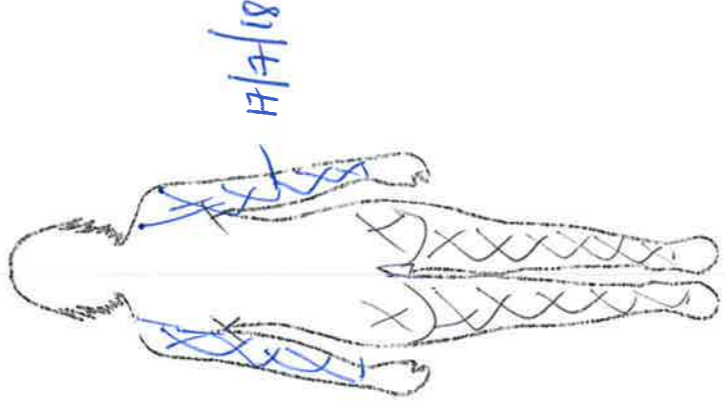
MTR FULL LEGS, FULL BIKINI,  
UNDERARM.

6 J/cm<sup>2</sup>, SHORT, 6-10 H.

Front



Back





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	Mai Mohammad Yousuf, Abdulrahman, Bin Hafith	IDN:	784198320848033	Mother Name:	Awatef Ibrahim
Name (Ar)	مي محمد يوسف, عبدالرحمن بن حافظ	Card Number:	076266966	Mother Name (Ar):	عواطف ابراهيم
Title:		Nationality (Ar):	ARE الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	202026589
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	27/12/2015	Date of Birth:	30/11/1983	Sponsor Name:	
Expiry Date:	02/01/2019	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	02	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	98	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				

Photo



Signature Image

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

5/6/2018



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,900.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000689)	Date:27-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000524 - MAI BIN HAFITH - 971566631919		
The sum of Dhs. One Thousand Nine Hundred Only		
By Cash 0.00 / By Credit Card 1,900.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 27-05-2018
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)



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

950.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000817)

Date: 27-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000524 - MAI BIN HAFITH - 971566631919

The sum of Dhhs. Nine Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 950.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 27-06-2018

Being AGAINST INVOICE NO:727

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)





مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

384.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000919)

Date:17-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000524 - MAI BIN HAFITH - 971566631919

The sum of Dhs. Three Hundred Eighty-Four Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 384.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 17-07-2018

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)**



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

17.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000992)

Date:04-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000524 - MAI BIN HAFITH - 971566631919

The sum of Dhs. Seventeen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 17.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

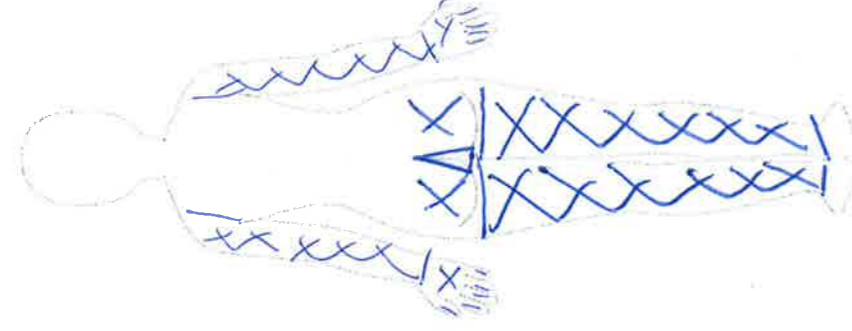
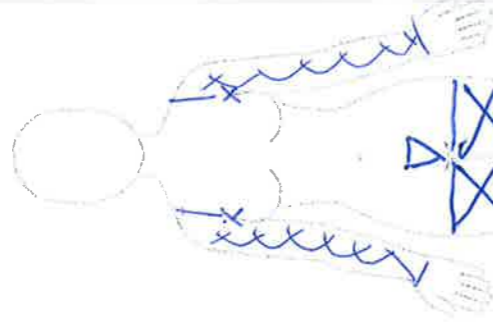
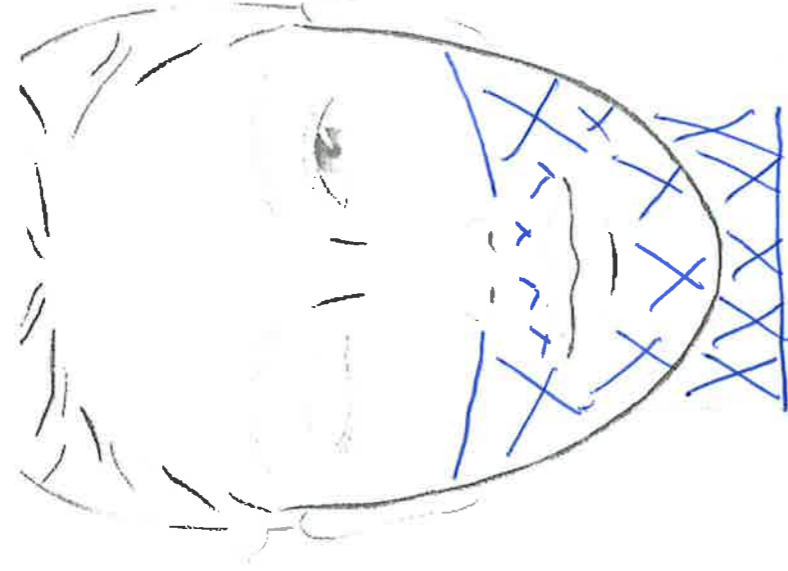
Date: 04-08-2018

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)**

Patient's Name: MAJ. BIN HAFITH .....  
 File Number: 1000524 .....  
 Pain Relief given? Yes / No  Yes  No .....  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No  Yes  No .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No  Yes  No .....



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	4/8/18	4/10/18	3/3/19	6/5/19		
Treatment Area	AS ABOVE	FULL ARMS, FACE	FULL ARMS, FACE	FULL ARMS, FACE		
Hair Type	DMK, COURSE	DMK, COURSE	DMK, COURSE	DMK		
Mode	FDP	FDP	FDP	NO AC / MAX		
Fluence	8J/cm <sup>2</sup> , 10Hz	8J/cm <sup>2</sup>	8J/cm <sup>2</sup>	10-15/18 - 6J/15		
Pulse Type	SHORT	SHORT	SHORT			
CNT Pulse						
Passes	1	1	1	1		
Starting Time	10:00 AM	4:45 PM	1:30 PM	4:30 PM		
Finish Time	11:00 AM	6:15 PM	3:15 PM	6 PM		
Post Treatment	MEBO					

Therapist Name and Signature BESSIE JAMIA.....