

File No#: 1000529 Date: 7/5/2018
Patient Name: Abeer Al Sakka اسم المريض:
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 15/2/1994 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): Yemen Occupation (الوظيفة):
Marital Status (الحالة الاجتماعية): _____ Phone No. (رقم الهاتف): 0544430361
E. MAIL: _____
How Did You Know About Us? Google

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 جرة ؟ لا نعم _____

3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا بسيط (الهربس) أو بثور الحصى أو التفريجات في منطقة العلاج ؟ لا نعم _____

4- هل تناولت عقار "الأكوتان / الايسوترتينون" خلال الست أشهر الماضية؟ لا نعم _____

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

- 6- هل قمت بنشف او كي او ازالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال الست اسابيع الماضية ؟ نعم لا.
- 7- متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس المباشرة لمدة طويلة او قمت بجلسة تسمير؟

عام / no

- 8- هل استخدم / مين اي مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم لا ومتى كان آخر استخدام لها ؟ _____.
- 9- هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم لا.
- 10- هل تم تشخيصك سابقا باي اختلالات او مشاكل هرمونية ؟ نعم لا.

11- ماهي المنتجات التي تستخدمينها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟

كريمات صريرية وواقية تسمير

- 12- هل اجريت اي عملية ازالة شعر سابقا؟ نعم لا. بالشمع

للنساء:

- 13- هل انت حامل؟ نعم لا.

- 14- هل قمت سابقا باجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم لا.



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

Medical Consent Form

I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition, which has been explained to me by the qualified physician.

I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.

I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.

I authorize my treating doctor to perform such procedure, which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as to a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risk and hazards to the performance of the diagnostic and /or surgical procedure. I realize that common surgical or diagnostic procedure are potential for an infection, swelling, bleeding and allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full after the completion of each treatment.

I understand that any information that I provide regarding my medical status will be kept completely confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that form has been fully explained to me and that I have read it understand its contents.

Patient Signature/ Guardian (In case of minors):

Date:

Dentist Signature:

نموذج إقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التخصصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

أتفهم انه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

ان أي معلومات أقمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني امالك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الاقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الاقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا _____ بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج
جهاز ليزر ال Q-Switch باستخدام

■ التقشير الكربوني باستخدام لوشن الكربونو يتبعه التقشير بالليزر هو احد الإستطبات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إحصار الجلد، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح 3-5 جلسات معظمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكربون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكربون مما يستهدف الأصبغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإلتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

- إزالة الوشم بالليزر.
- الأورام الصبغية.
- تشقير الشعر.
- إزالة فطريات الاضافر (الوضع A)
- بير إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:
• تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكويتان) خلال ال6 أشهر الماضية.
• الحمل والرضاعة.

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	Abeer,Ebrahim,Hussein,Alsakkaaf	IDN:	784199438281802	Mother Name:	
Name (Ar)	عبدالله ابراهيم حسين السككاف	Card Number:	087445811	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	YEM	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	اليمن		
Issue Date:	01/02/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	23/01/2021	Date of Birth:	10/02/1994	Sponsor Name:	مرم عبدالله علوي ناصر
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	04863359
Residency Type:	03	Residency Number:	30120183001459	Residency Expiry:	23/01/2021
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

5/7/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 300.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-0006005)	Date:07-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000529 - ABEER AL SAKKAF - 971544430361		
The sum of Dhs. Three Hundred Only		
By Cash 300.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 07-05-2018
Being		
Made by Chada KC		

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