

File No#: 1000530 Date: 7/5/2018
Patient Name: SARANOOB AGHA اسم المريض:
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 10/08/1992 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): AFGHANISTAN Occupation (الوظيفة):
Marital Status (الحالة الاجتماعية): _____ Phone No. (رقم الهاتف): 5006651571
E. MAIL: _____
How Did You Know About Us? 600666

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟
2- دائمة الاحترق , قليلة الاحترق , قليلة الاسمرار
3- قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
4- نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار

5- بشرة داكنة السمرة

هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ لا صوره
نعم لا

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

هل تناولت عقار "الأكيوتان / الايسوترتينوين" خلال الست أشهر الماضية؟ لا نعم لا

هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلاليكوليك أو الهيدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟

نعم لا

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 التشخيصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن أن 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 أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماماً كافة الإخطار 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 أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

إن أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتلك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و إن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و أنني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا سار ربحا بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لأجراء العلاج
جهاز ليزر ال Q-Switch باستخدام

■ التقشير الكربوني باستخدام لوشن الكربونو ينشئه التقشير بالليزر هو أحد الإستطابات 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، إمرار الجلد، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتع 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 من 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 الأصابع الأكثر عمقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الاضافر (الوضع A)

. بئر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكوتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

United Arab Emirates دولة الإمارات العربية المتحدة
Driving License رخصة قيادة

رقم الرخصة: 534148
الاسم: سارا نور اغا

الجنسية: أفغانستان
Name: SARANOOR AGHA
Nationality: AFGHANISTAN

تاريخ الميلاد: 10-08-1992
Date of Birth: 10-08-1992

تاريخ الإصدار: 20-02-2013
Issue Date: 20-02-2013

تاريخ الانتهاء: 08-04-2024
Expiry Date: 08-04-2024

جهة الإصدار: SHARJAH
Place of Issue: SHARJAH

شعبة التسجيل: MITR302672
Issuing Authority





مركز أوركيدي الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 300.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000606)	Date:07-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000530 - SARANOOR AGHA - 971505651571		
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: Ghada KC		

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