

File No#: 1005536

Date: 2018/12/12

اسم المريض:

Patient Name: Haya Alshalan

Gender (الجنس): M / (F)

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 12/02/1996

Occupation (الوظيفة):

Nationality (الجنسية): Saudi

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Phone No. (رقم الهاتف): 0508906622

MAIL: _____

How Did You Know About Us? _____

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الاسئلة التالية بدقة:-

1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟

1 - دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار

2- دائمة الاحترق , عديدة الاسمرار

3 - قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار

4- نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار

5- بشرة داكنة السمرة

2- هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدرة؟ نعم لا

3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا بسيط (الهربس) أو بنور 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 الجلايكوليك أو الهيدروكوينيون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟

نعم لا

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا هلال علي 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 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 , التفت , الكريمات , وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تاقبت 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 ستلاشى خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ونادرا ما تدوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام واقبات الشمس.

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	Hayya,Ahmed,S,Alshalan,	IDN:	784199676850698	Mother Name:	Zakiya
Name (Ar)	هيا بنت احمد بن صالح الشعلان	Card Number:	081544157	Mother Name (Ar):	زكية
Title:		Nationality:	SAU	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	السعودية		
Issue Date:	08/01/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	08/01/2022	Date of Birth:	12/02/1996	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:	IR	Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	IR	Occupation:	11	Occupation Field:	18



Photo

Signature Image

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

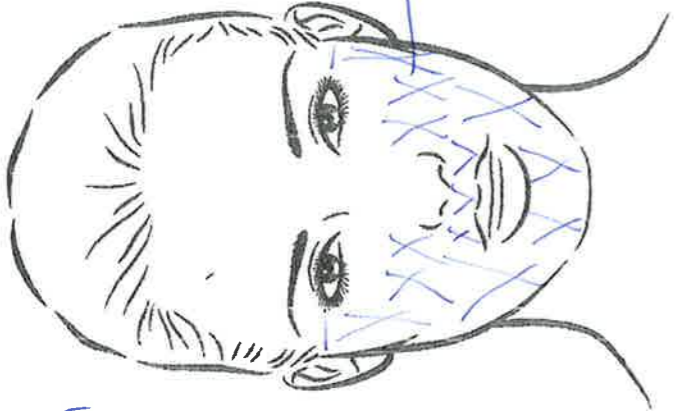
5/9/2018

Circle areas to be treated:

Other

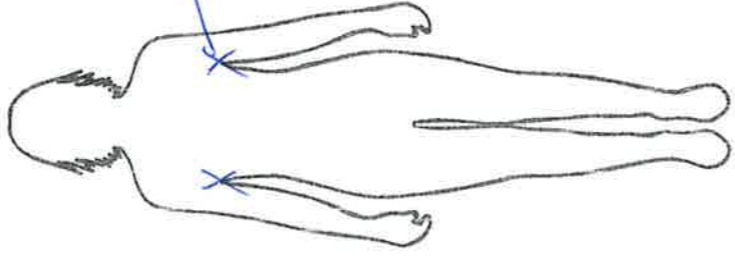
9 MAY 2018

START TIME: 1PM
END TIME: 1:30 PM



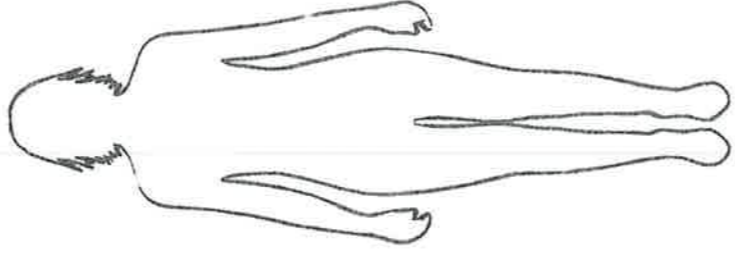
14 J/cm², BURST x 2
PASSES

Front



PIGMENTED
UNOXYGENATED
14 J/cm², BURST x
2 PASSES

Back





مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 300.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000615)	Date:09-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000536 - HAYA AL SHALAN - 971508906622		
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: 09-05-2018
Being		
Made by Ghada		

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001186)

Date:06-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000536 - HAYA AL SHALAN - 971508906622

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 105.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-09-2018

Being

Made by Ghada

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

Patient's Name: HAYA AL-SHAMAN

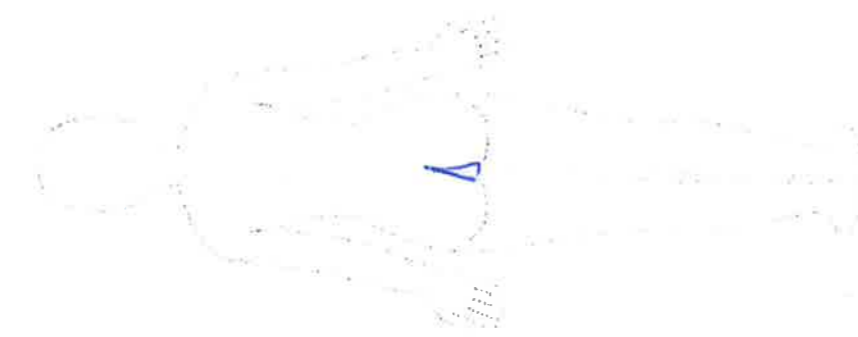
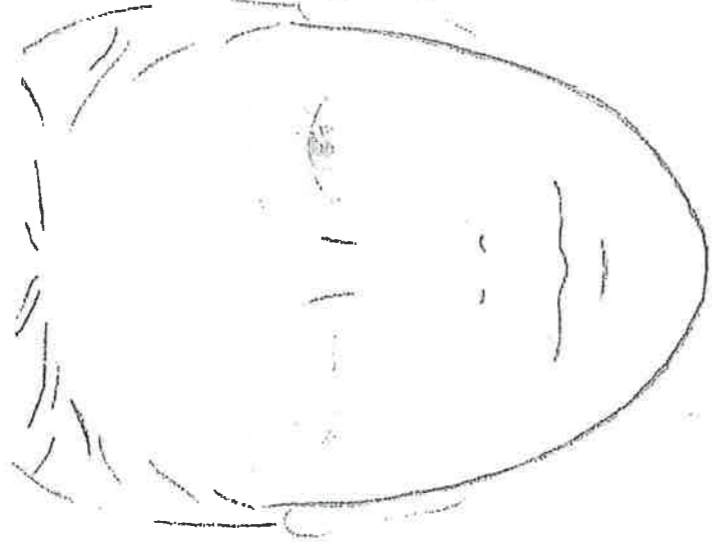
File Number: 10100036

Pain Relief given? Yes / No

تاسم المريض: HAYA AL-SHAMAN

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	6/9/18	4/10/18	1/11/18			
Treatment Area	UNDERARM	UNDERARM	UNDERARM			
Hair Type	DRYK, COARSE	DRYK, COARSE	DRYK, COARSE			
Mode	DP2	DP2	DP1, FDP			
Fluence	4 J/cm ²	14 J/cm ²	14 J/cm ² , SILK ²			
Pulse Type	BURST	BURST	BURST, SIBIST			
CNT Pulse						
Passes	2	3:30 AM	2, 1			
Starting Time	3:30 PM	3:46 PM	3:30 PM			
Finish Time	2:30 PM		4 PM			
Post Treatment	FLUIDIN		MESO			

Therapist Name and Signature: BLESIE Jami



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001371)

Date: 04-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000536 - HAYA AL SHALAN - 971508906622

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 105.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-10-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001575)

Date:01-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000536 - HAYA AL SHALAN - 971508906622

The sum of Dhs. Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 472.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 01-11-2018

Being

Made by SARA

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