

File No#: 1000546

Date: 10-5-2018

Patient Name: Nadia Djim

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 20-6-1974

Gender (الجنس): M / (F)

Nationality (الجنسية): Moroccan

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0561852305

F. MAIL:

How Did You Know About Us? Dr: Fman

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 ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جرة ؟ نعم لا

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

4- هل تناولت عقار "الأكيوتان / الايسوتريتينين" خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

5- هل استخدمت عقار " ريتين اي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكويزون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟

نعم لا

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 الاضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا اتفهم 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 هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لتنتج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و اتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية. و اتفهم احتمالية حدوث عوى 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.

إن أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني املاك 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:

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:

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

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

■ التفسير الكروني باستخدام لوشن الكرونو يتبعه التفسير بالليزر هو أحد الاستطيات 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، احمرار 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.

■ التفسير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتفسير بدون استخدام لوشن الكرونو، بينما التفسير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكرونو مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإنتهاب. 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 (الأكروتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

الحمل والرضاعة.

نادية

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

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	Nadia,,,Djim	IDN:	784197419592494	Mother Name:	
Name (Ar)	نادية,,,الجميم	Card Number:	080283881	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(AD):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	05/10/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	02/10/2019	Date of Birth:	20/06/1974	Sponsor Name:	صلاون نادية الجميم للسيدات
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	30120167064985	Residency Expiry:	02/10/2019
ID Type:	IL	Occupation:	04	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

5/10/2018



مركز اوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 450.00	RECEIPT VOUCHER (No. REC-000625)	Date: 10-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000546 - NADIA DJIM - 971501852305		
The sum of Dhs. Four Hundred Fifty Only		
By Cash 450.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 10-05-2018
Being		
Made by Ghada		

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

www.omcl.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 450.00	RECEIPT VOUCHER (No. REC-000684)	Date: 26-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000546 - NADIA DJIM - 971501852305		
The sum of Dhs. Four Hundred Fifty Only		
By Cash 450.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 26-05-2018
Being AGAINST INVOICE NO: 661 (SECOND SESSION DONE)		
Made by Ghada		

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

www.omc1.ae