

File No#: 10001100 \_\_\_\_\_ Date: 14/02/18 \_\_\_\_\_  
Patient Name: Basma Mohamed بسم محمد عبد العزيز اسم المريض:  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 09-10-1990 15-12-1990 Gender (الجنس): M / (F)  
Nationality (الجنسية): Egyptian مصرية Occupation \_\_\_\_\_  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married متزوج Phone No. (رقم الهاتف): 564539064  
MAIL: Bmohamed@ems.wt.com  
How Did You Know About Us? My Friend

- 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 ظهورة لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟  نعم  لا
  - 3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟  نعم  لا
  - 4- هل تناولت عقار "الأكيوتان / الايسوترتينين " 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 بحمد عبد العزيز بقدمي إلى مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها من الأصابع الموجودة في بصليات الشعر و تعطل قدرتها على إتمام 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 , التنف, الكريمات, وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تلقيت 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 التنف قبل العلاج ب6 أسابيع على الأقل.

• الوشوم/التاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

• يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً 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 ستتلاشى خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ونادراً ما تدوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام واقيات الشمس.

## تعهد

أتعهد انا السيدة/ بسمه محمد عبد العزيز ..مصرية الجنسية بأحضار هويتي الاماراتية لمركز أوركيذ الطبي خلال الجلسة القادمة وهذا تعهد مني بذلك .

مقدمه من/

بسمه محمد عبد العزيز



Circle areas to be treated:

Other

14 MAY 2018

LHR UNDERARMS

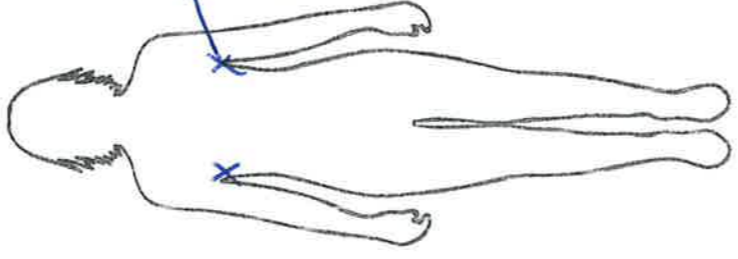
START TIME: 12:50 PM

END TIME: 1:05 PM



Front

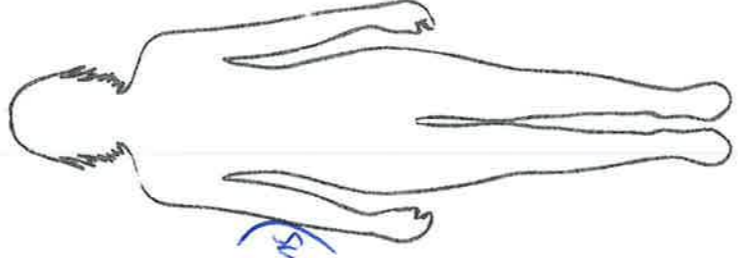
Back



16 J/cm<sup>2</sup>, BIPET X

2 AREAS

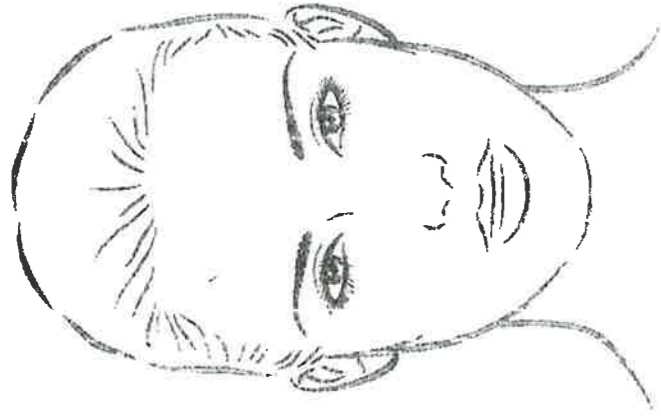
(PIGMENTED UNDERARMS)



Circle areas to be treated:

Other:

2/16/18



LHL UNDERARMS

Front

Back







مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 100.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000644)	Date:14-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000560 - BASMA MOHAMED - 971564539064		
The sum of Dhs. <b>One Hundred Only</b>		
By Cash <b>100.00</b> / By Credit Card <b>0.00</b> / By Cheque <b>0.00</b> / By Bank Transfer <b>0.00</b> / By Allocated <b>0.00</b>		
Bank:	Cheque No.	Date: 14-05-2018
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

105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000785)

Date: 21-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000560 - BASMA MOHAMED - 971564539064

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: 21-06-2018

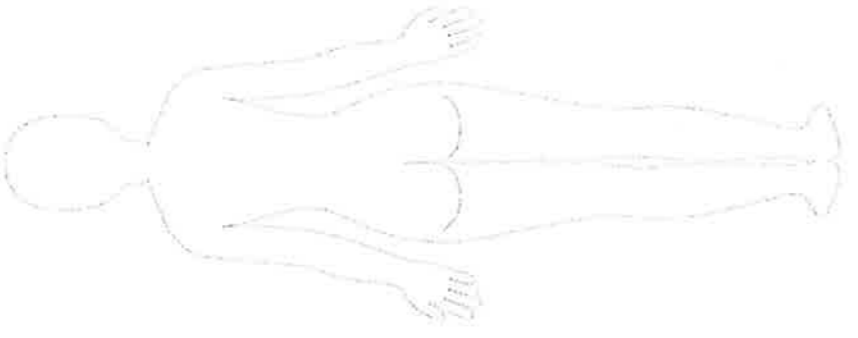
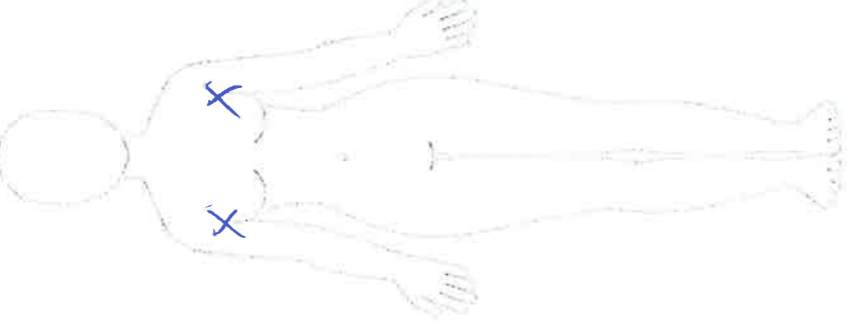
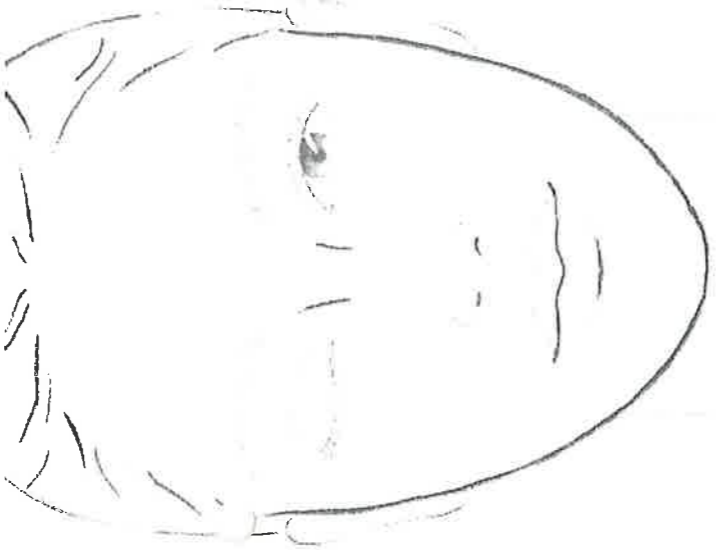
Being

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: BASMA MOHAMMED .....  
File Number: 1000960 .....  
Pain Relief given? Yes / No .....  
رقم الملف: .....  
Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
Pretreatment photography taken? Yes / No No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	21/7/18					
Treatment Area	UNDERARM					
Hair Type	DPK, COARSE					
Mode	DP.1					
Fluence	16J/cm <sup>2</sup>					
Pulse Type	BURST					
GNT Pulse						
Passes	2					
Starting Time	12:45 PM					
Finish Time	12:50 PM					
Post Treatment	FUCIDIN					

Therapist Name and Signature ..... BESSIE JANI



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT\_VOUCHER (No.REC-000933)

Date:21-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000560 - BASMA MOHAMED - 971564539064

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 21-07-2018

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)**