

File No#: 100571 Date: 19-05-2018  
Patient Name: Mariam al Baloushi اسم المريض:  
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 21-1-1982 Gender (الجنس): M / (F)  
Nationality (الجنسية): u.a.e Occupation (الوظيفة):  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Singel Phone No. (رقم الهاتف): 050-9775977  
E. MAIL: \_\_\_\_\_  
How Did You Know About Us? Instigram

### 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 ظهيرة لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟  نعم  لا

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

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

5- هل استخدمت عقار " ريتين اي " أو منتجات حمض الجلاليكوليك أو الهيدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟  نعم  لا

## إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا د. صلاح أحمد صلي بقدمي إلى مركز أوركيد الطبي / المشاركة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أنفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها من الأصباغ الموجودة في بصليلات الشعر و تعطل قدرتها على إنباء الشعر.

أنفهم أن النتائج تختلف من شخص لآخر باختلاف تاريخهم الطبي ونوع بشرتهم ونوع الشعر و التزم المريض مع تعليمات ما قبل وبعد العلاج بالليزر و إختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وأنا على علم بالطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق ، التفتيح الكريمت ، وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

نقد 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 التفتيح 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.

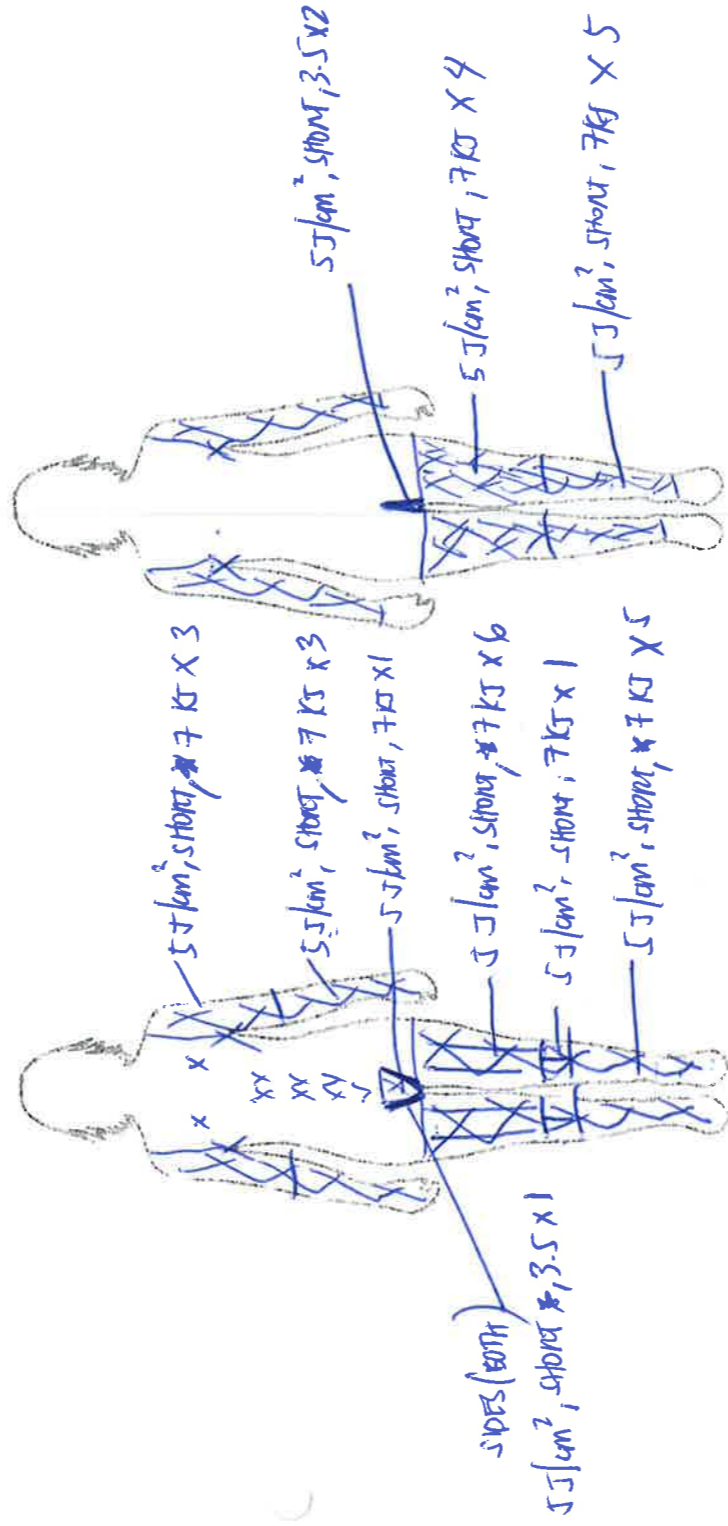
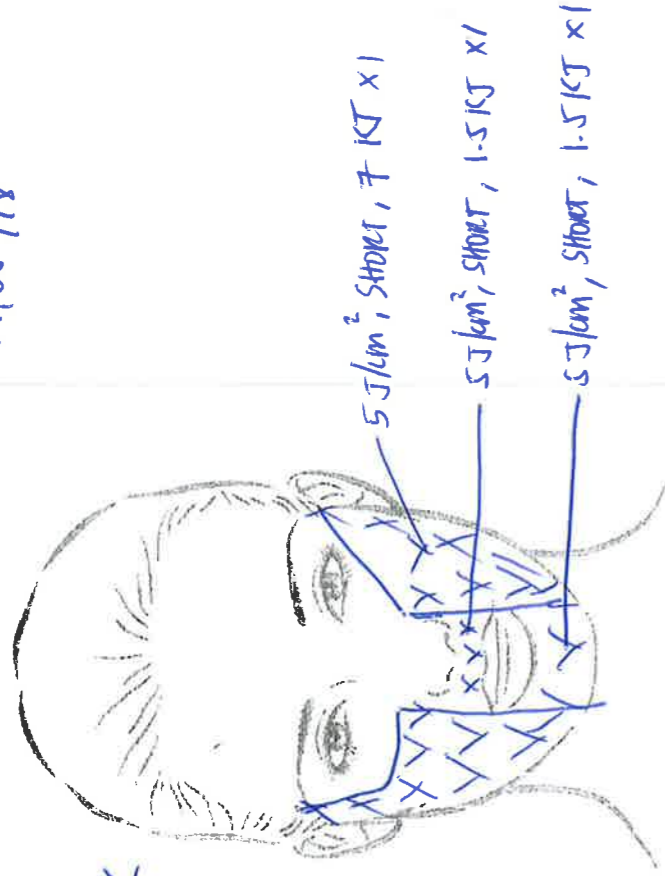
الأعراض الجانبية قد تتضمن احمرار البشرة بما يشبه الحروق. بعض الإنتفاخ والتشقق من الممكن حدوثه هذه الأعراض الجانبية ستتلاشى خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ونادراً ما تدوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام واقيات الشمس.

Circle areas to be treated.

Order

19/05/18

UHR FULL BODY  
WITHOUT FRONT & BACK  
FDP MODE

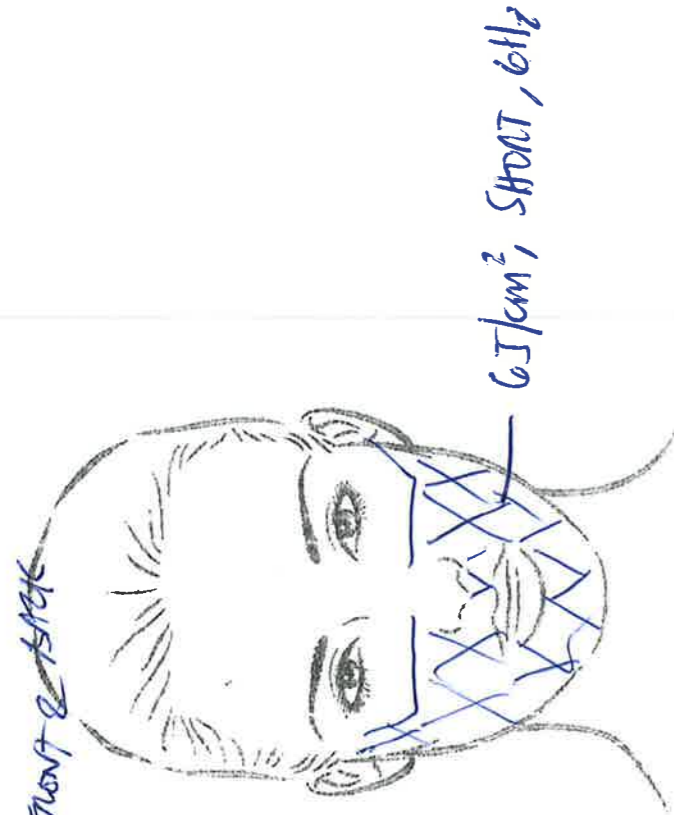


Circle areas to be treated:

Other

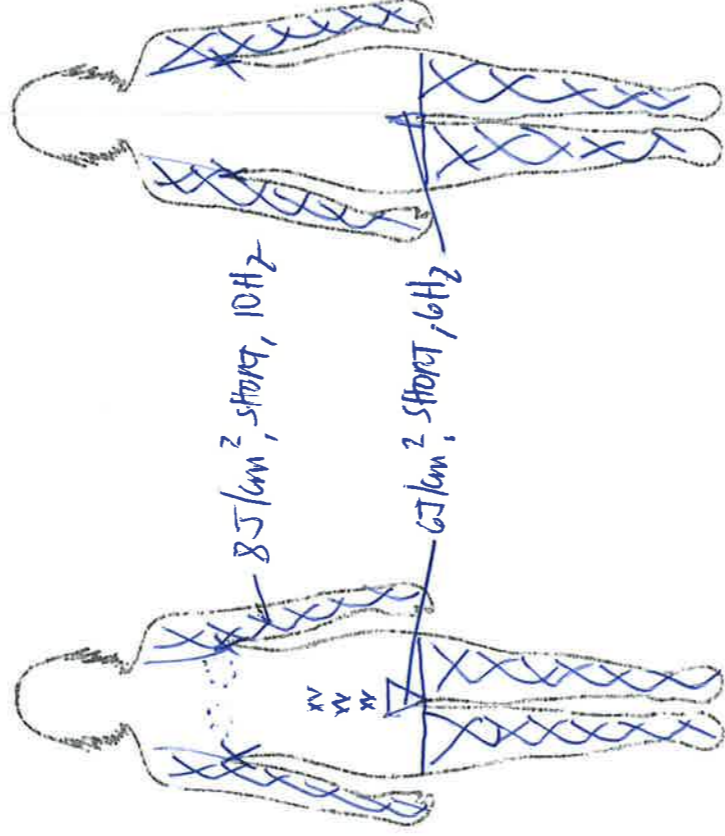
23/6/18

LHR FULL BODY WITHOUT FRONT & BACK  
FDP MODE



Front

Back





حكومة دبي  
 دائرة الصحة  
 والخدمات الطبية

HEALTH CARD  
**DS203614 F**



الرقم  
 مركز صحي مركز الصفاة  
 الجنسية الإمارات

تاريخ الميلاد ١٩٨٢  
 تاريخ الإصدار ٢٠٠٣/٠٣/١٩  
 الاسم مريم أحمد علي حبرون البازي

Health Centre **Satwa HC**  
 Nationality **UAE**  
 Birth Date **1982**  
 Exp. Date **19/03/2003**

HEALTH CARD  
**MARIAM AHMED ALTH ALBALOUSHI**

تاريخ الإصدار  
 20/03/1999  
 اسمية الاسم  
 Blood Group



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,900.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000662)	Date:19-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000571 - MARIAM AL BALOUSHI - 971509775977		
The sum of Dhs. <b>One Thousand Nine Hundred Only</b>		
By Cash 0.00 / By Credit Card 1,900.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 19-05-2018
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

950.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001089)

Date:19-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000571 - MARIAM AL BALOUSHI - 971509775977

The sum of Dhs. Nine Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 950.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 19-08-2018

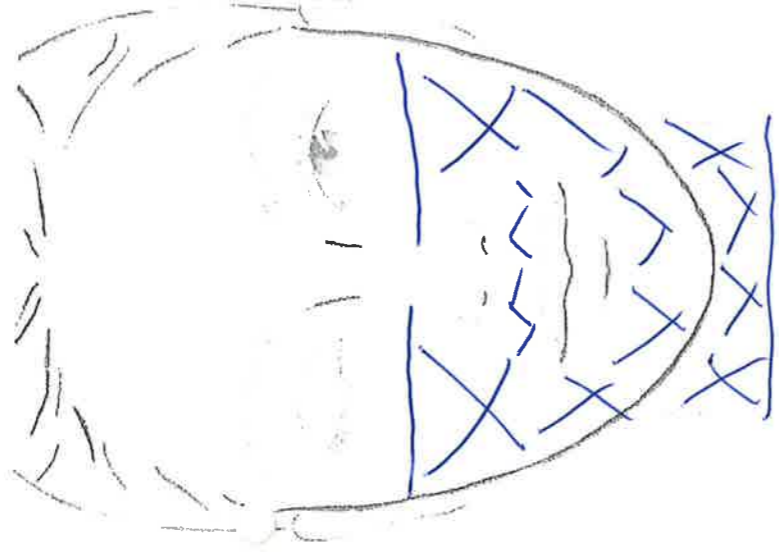
Being AGAINST INVOICE NO : 700

Made by Ghada

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



Patient's Name: .....  
 File Number: .....  
 Pain Relief given? Yes / No ..... EM:UA .....  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No ✓ .....



Treatment Date	19/8/18	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Area	Full body						
Hair Type	Dark, coarse						
Mode	DP2, FOP						
Fluence	16 J/cm <sup>2</sup> , 5 J/cm <sup>2</sup>						
Pulse Type	Burst, Short						
CNT Pulse							
Passes	2, 1						
Starting Time	10:30 AM						
Finish Time	12:40 AM						
Post Treatment							

Therapist Name and Signature ..... *Messie Jara* .....