

File No#: 1000584 Date: 21-5-2018
Patient Name: Lina Jalal اسم المريض:
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 6/8/1985 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): Jordan Occupation (الوظيفة):
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married Phone No. (رقم الهاتف): 056788821

5. MAIL: _____
How Did You Know About Us? Friends

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 ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ لا نعم _____ لا _____
 - 3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بفور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ لا نعم _____ لا _____
 - 4- هل تناولت عقار " الأكيوتان / الايسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟ لا نعم _____ لا _____
 - 5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهاليدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟
لا نعم _____ لا _____

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا لينا حلال محمود 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 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 , النتف , الكريمات , وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تأقبت 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 النتف قبل العلاج ب6 أسابيع على الاقل.

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

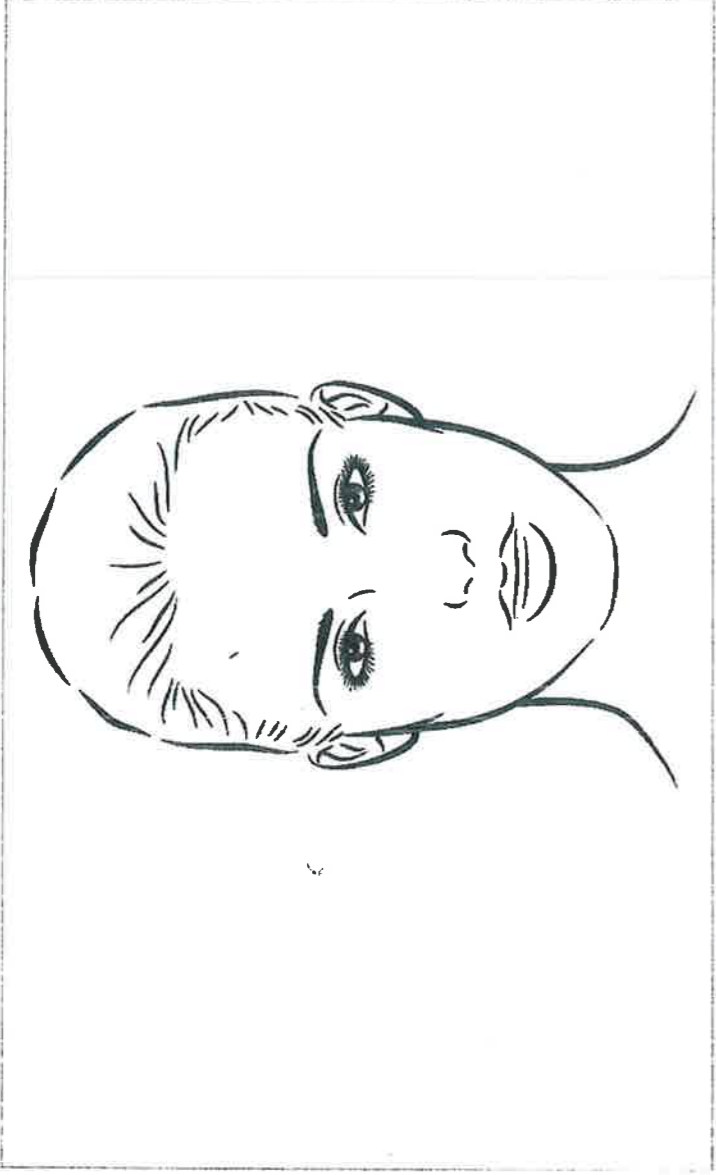
. يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك على العلاجات والحساسية ونوع البشرة.

. الأشخاص الذين تناولو عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو تناولو أي عقاقير تمنعهم من التعرض إلى أشعة الشمس لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

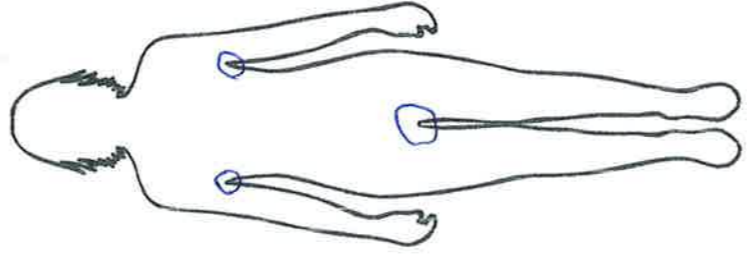
الإعراض الجانبية قد تتضمن احمرار البشرة بما يشبه الحروق. بعض الإنتفاخ والتشقق من الممكن حدوثه. هذه الأعراض الجانبية ستتلاشى خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات

Circle areas to be treated:

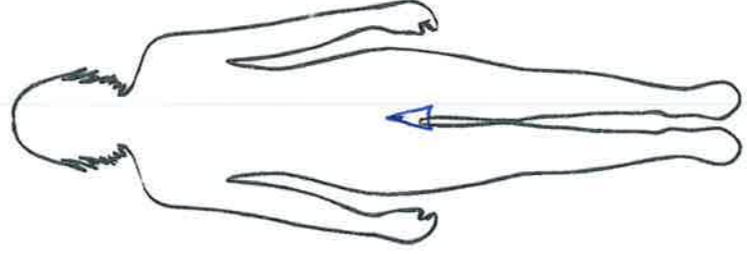
Other _____



Front



Back



REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

Public Data Readed Suc

SHOW READED DATA

Confirm 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 | Lina,Jalal,Abdulhameed,,Mahmood | IDN: | 784198553849492 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | لينا جلال عبد الحميد محمود | Card Number: | 086696117 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | JOR | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | الأردن | Sponsor Type: | 06 |
| Issue Date: | 13/12/2017 | Sex: | F | Sponsor Name: | ايدىال هليجن تجاره المنظفات والمطهرات |
| Expiry Date: | 06/12/2019 | Date of Birth: | 06/08/1985 | Sponsor Number: | 00 |
| Marital Status: | 02 | Husband IDN: | | Residency Expiry: | 06/12/2019 |
| Residency Type: | 02 | Residency Number: | 20120172666578 | Occupation Field: | 00 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 2411 | | |



Photo

Signature Image

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

5/21/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

| | | |
|--|---------------------------------|------------------|
| AED 450.00 | RECEIPT VOUCHER (No.REC-000670) | Date:21-05-2018 |
| Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000584 - LINA JALAL - 971567888211 | | |
| 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: 21-05-2018 |
| Being | | |
| .ade by Ghada | | |

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