

File No#: 1000608

Date: 20/5/2018

Patient Name: Mahva Al Baloshi

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 16-9-1982

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): U.a.e

Occupation (الوظيفة): _____

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Emariti

Phone No. (رقم الهاتف): 055-4469504

E MAIL: _____

How Did You Know About Us? Instagram

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

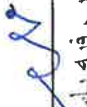
2- هل ظهرة لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ لا نعم لا

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

4- هل تناولت عقار "الأكوتان" / الأيسوترتينونين " خلال الست أشهر الماضية؟ لا نعم لا

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

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا  بقومي إلى مركز أوركيدي 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 , التنف , الكريمات, وازالة 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 تقادي إزالة الشعر بالشمع او التنف قبل العلاج ب6 أسابيع على الاقل.

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

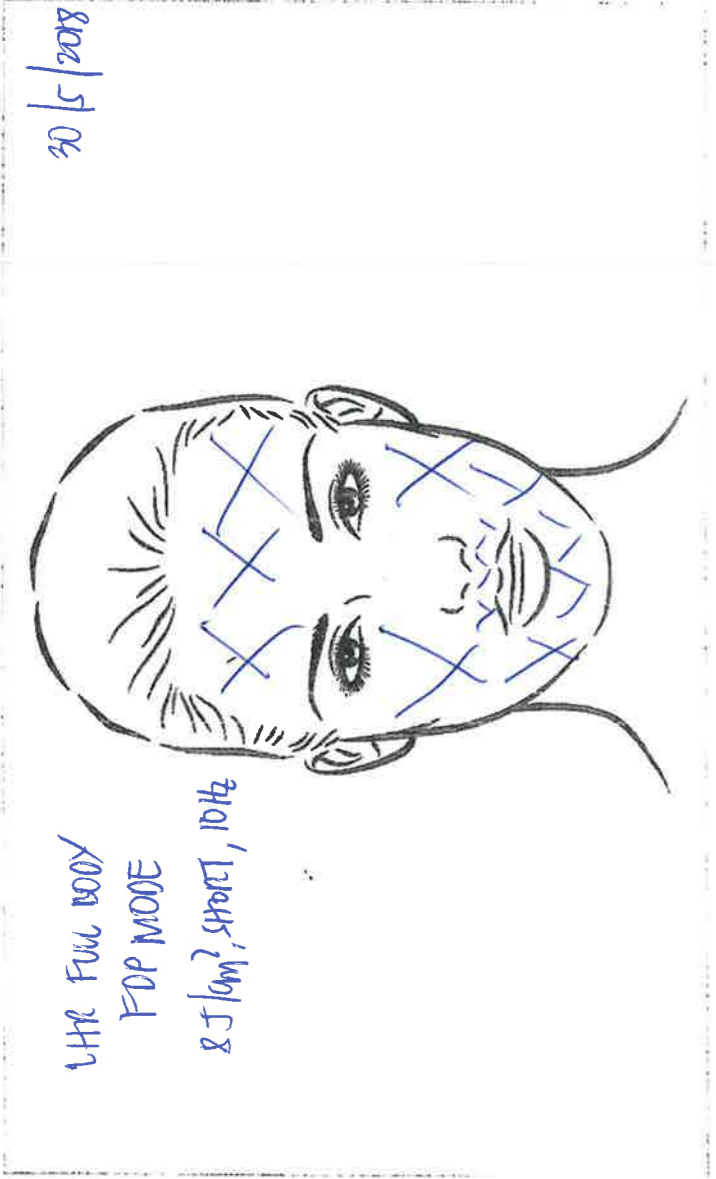
• يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك على العلاجات والحساسية ونوع البشرة.

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

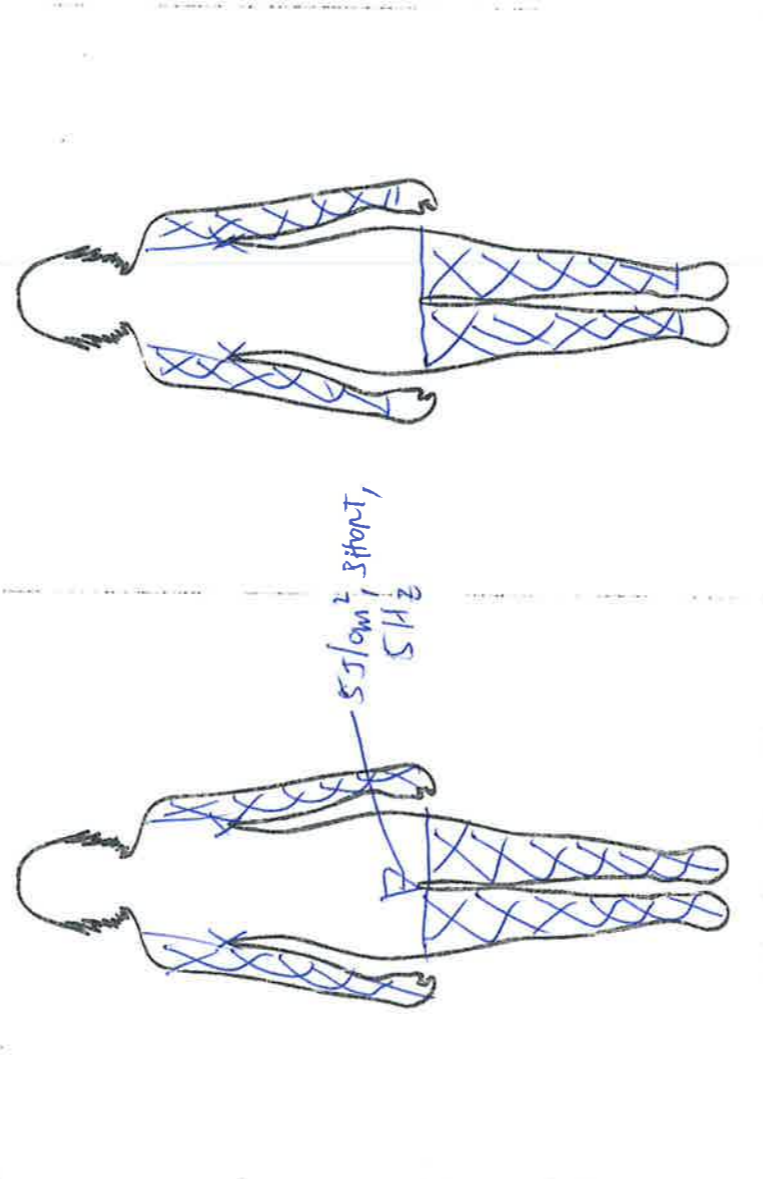
الأعراض الجانبية قد تتضمن احمرار البشرة بما يشبه الحروق. بعض الإنتفاخ والتشقق من الممكن حدوثه هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ونادرا ما تدوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام واقيات الشمس.

Circle areas to be treated:

Other



Front Back



REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm Data

Public Data Verification report**File Valid Signature?**

Non-Modifiable Data (SF3)	True
Modifiable Data (SF5)	True
Holder Signature Image (SF7)	True
Photography	True
Home Address	True
Work Address	True

Card Holder Information

Name	Mahira,Mohamed,Khalifa,Abblooshi	IDN:	784198268630286	Mother Name:	
Name (Ar)	مهارة محمد خلفان البوشي	Card Number:	065948686	Mother Name (Ar):	301022600
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	
Issue Date:	19/11/2013	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	19/11/2018	Date of Birth:	16/09/1982	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	2332	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

5/30/2018



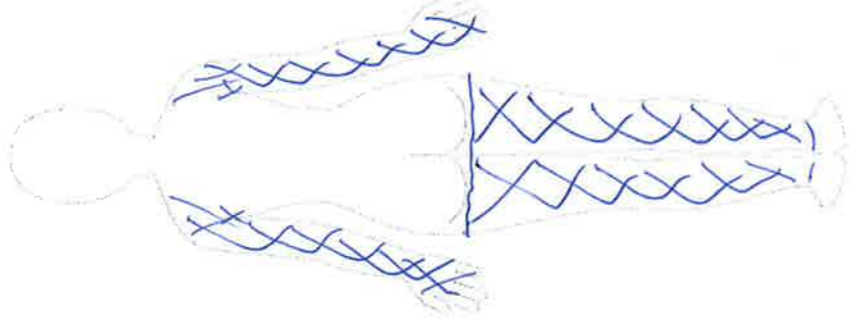
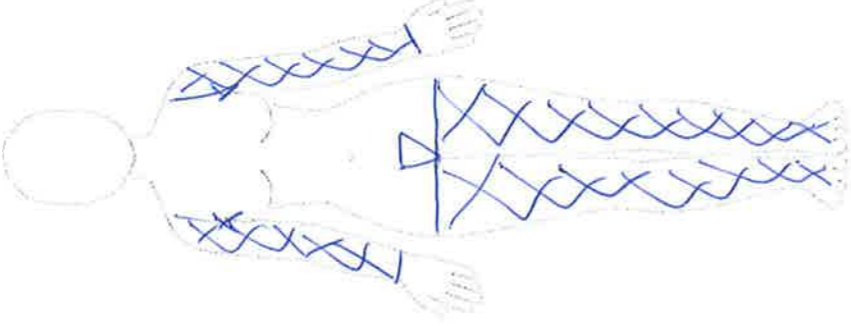
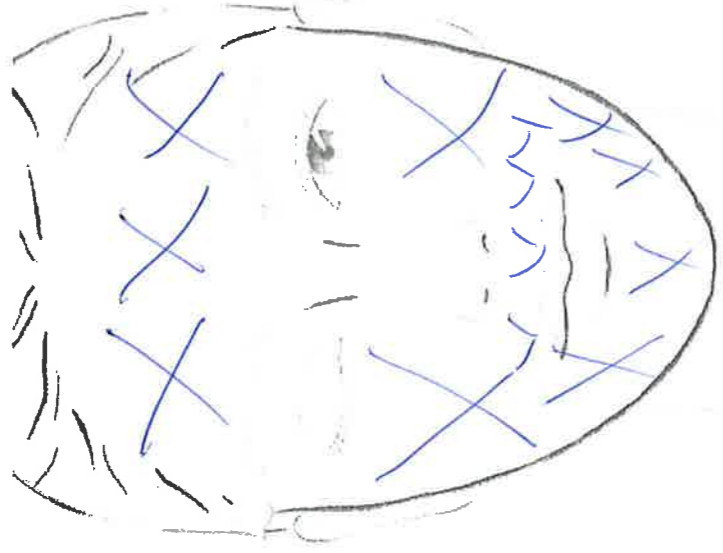
مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,900.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000703)	Date:30-05-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000608 - MAHRA ALBLOOSHI - 971554469504		
The sum of Dhs. One Thousand Nine Hundred Only		
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: 30-05-2018
Being		
Made by Ghada		

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

Patient's Name: MAHRA ALBLOOSHI
 File Number: 100.0608
 رقم الملف:

اسم المريض:
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2
Treatment Date	25/7/18	6/11/19
Treatment Area	FULL BODY	FULL BODY
Hair Type	DARK, COARSE	DARK, COARSE
Mode	FDP	DPL, POP
Fluence	8 J/cm ² - 5 J/cm ²	12-14 J/cm ²
Pulse Type	SPROT	BURST, JITTER
CNT Pulse		
Passes	1	2, 1
Starting Time	3 PM	1:10 PM
Finish Time	5:15 PM	3:15 PM
Post Treatment		

Session 3 Session 4 Session 5 Session 6

Therapist Name and Signature ISSEIE



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

950.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000952)

Date:25-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000608 - MAHRA ALBLOOSHI - 971554469504

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: 25-07-2018

Being AGAINST INVOICE NO : 740

Made by Ghada 

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