

File No#: 1000609

Date: 31-5-2023

Patient Name: Salwa Kalandi

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 6/12/1996

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Syria

Occupation (الوظيفة): _____

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Singel

Phone No. (رقم الهاتف): 056-2807700

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 ظهرة 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 "الأكويتان / الايسوترتينونين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

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

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا سلوى صحر خيو مهندي بقدمي إلى مركز أوركيدي الطبي / الشارقة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها من الأصباغ الموجودة في بصليات الشعر و تعطل قدرتها على إنباء 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 تفادي 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.

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO'

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 | Salwa,M Khir,,Malandi | IDN: | 784199628353544 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | ملوى محمد خير،،ملاّندى | Card Number: | 085544064 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | SYR | Family ID: | |
| Title (Ar): | | Nationality (Ar): | الجمهورية العربية السورية | | |
| Issue Date: | 03/10/2017 | Sex: | F | Sponsor Type: | 03 |
| Expiry Date: | 23/09/2020 | Date of Birth: | 06/12/1996 | Sponsor Name: | محمد خير توفيق ملاّندى |
| Marital Status: | 01 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 05549298 |
| Residency Type: | 03 | Residency Number: | 30120083037025 | Residency Expiry: | 23/09/2020 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 11 | Occupation Field: | 00 |

Photo



Signature Image

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

5/31/2018

Circle areas to be treated:

Other

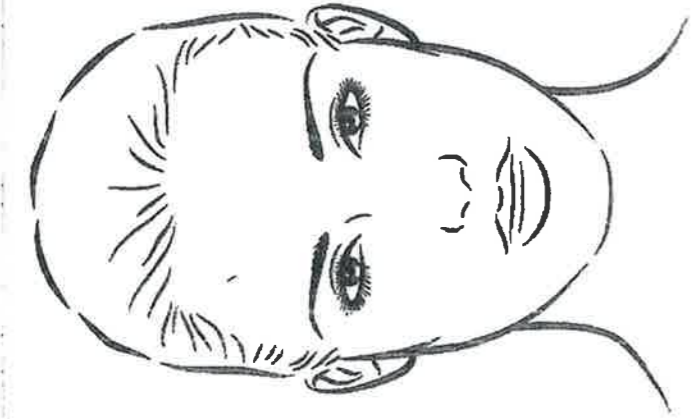
LHR UNDER ARM

FDP MODE

7 J/cm², SHORT, 10Hz

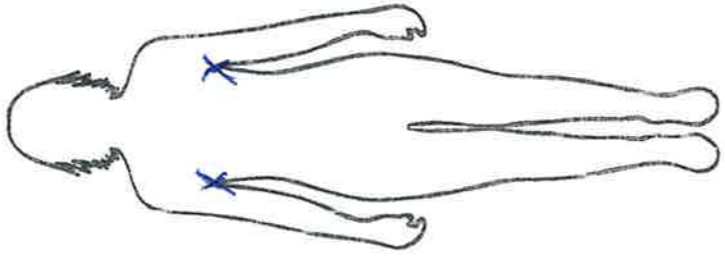
START: 2:50 PM

END: 3:10 PM

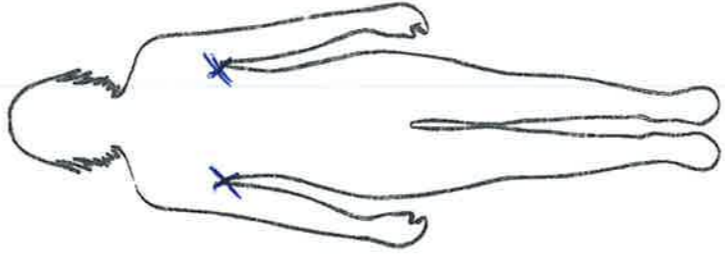


31 MAY 2018

Front



Back





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

| | | |
|--|---------------------------------|------------------|
| AED 100.00 | RECEIPT VOUCHER (No.REC-000709) | Date:31-05-2018 |
| Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000609 - SALWA MALANDI - 971562807700 | | |
| The sum of Dhs. One Hundred Only | | |
| By Cash 100.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00 | | |
| Bank: | Cheque No. | Date: 31-05-2018 |
| Being | | |
| Made by Ghada | | |

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

www.omc1.ae

Circle areas to be treated:

Other

4/7/18



LITE UNDERARM
2nd SESSION
FOP MODE

Front



7-11cm², SHORT,
10 Hz

Back





مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000846)

Date: 04-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000609 - SALWA MALANDI - 971562807700

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.

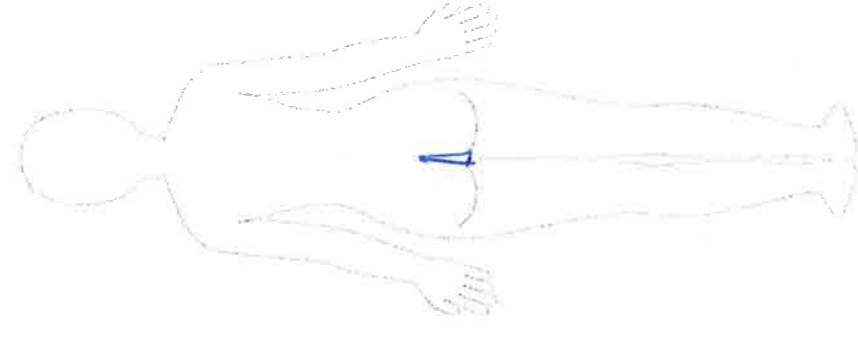
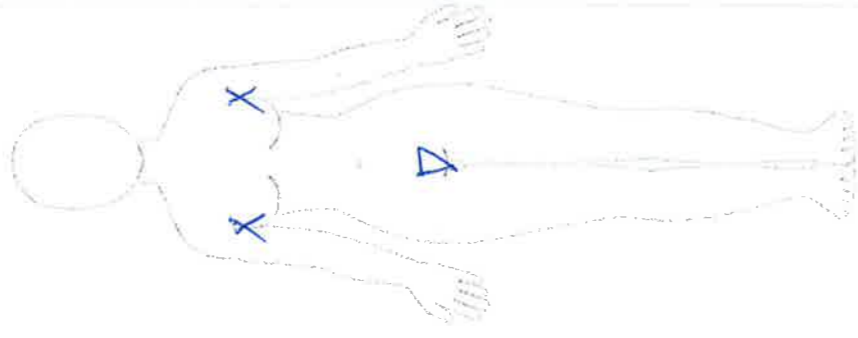
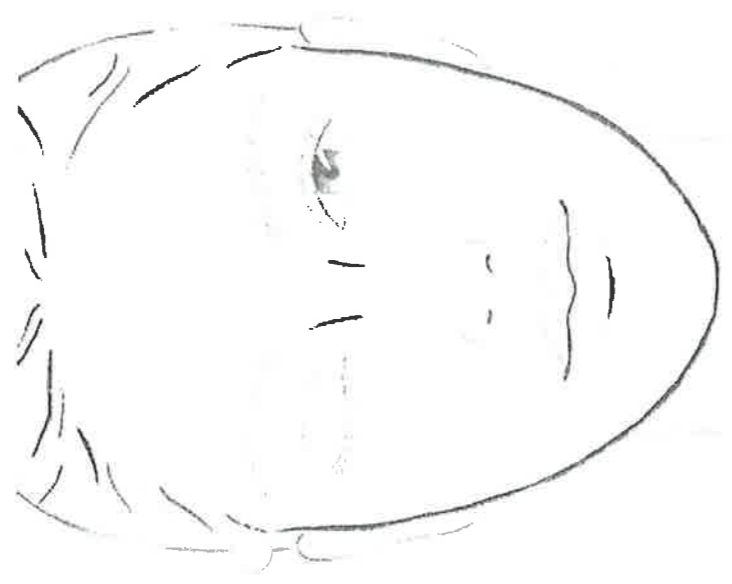
Date: 04-07-2018

Being

Made by Nancy

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

Patient's Name: SALINA MIRANDA
 File Number: 1000609
 Pain Relief given? Yes / No Yes
 Evaluation and consent form completed? Yes / No Yes
 Pretreatment photography taken? Yes / No Yes



| Treatment Date | Session 1 | Session 2 | Session 3 | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|----------------|---|---|---|-----------------|-----------------|----------------------|
| Treatment Area | UNDER ARM + FULL BIKINI UNDERWEAR + FINGER + FINGER | UNDER ARM + FULL BIKINI UNDERWEAR + FINGER + FINGER | UNDER ARM + FULL BIKINI UNDERWEAR + FINGER + FINGER | AXILLA & BIKINI | AXILLA & BIKINI | AXILLA / BIKINI FULL |
| Hair Type | DARK, COARSE | DARK, COARSE | DARK, COARSE | AXILLA & BIKINI | AXILLA & BIKINI | AXILLA / BIKINI FULL |
| Mode | FDP | FDP | FDP, DPI | FDP, DPI | FDP, DPI | FDP, DPI |
| Fluence | 6-8 J/cm ² | 6-8 J/cm ² | 8-10 J/cm ² | 7J/17ms | 7J/20ms | 7J/20ms |
| Pulse Type | SHORT | SHORT | SHORT | SHORT | SHORT | SHORT |
| CNT Pulse | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Passes | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Starting Time | 10:30 AM | 1:35 PM | 1:10 PM | 1:10 PM | 2:00 PM | 2:10 PM |
| Finish Time | 12:50 PM | 1:55 PM | 1:25 PM | 1:25 PM | 2:10 PM | 2:25 PM |
| Post Treatment | MORO | MESO | | | | |

Therapist Name and Signature: BESSIE JONES



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

472.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000993)

Date: 04-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000609 - SALWA MALANDI - 971562807700

The sum of Dhs. Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 472.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-08-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

472.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001154)

Date: 01-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000609 - SALWA MALANDI - 971562807700

The sum of Dhs. Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 472.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 01-09-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

472.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001522)

Date: 25-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000609 - SALWA MALANDI - 971562807700

The sum of Dhs. Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 472.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-10-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001773)

Date:22-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000609 - SALWA MALANDI - 971562807700

The sum of Dhs. Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 472.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 22-11-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002089)

Date:27-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000609 - SALWA MALANDI - 971562807700

The sum of Dhs. Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 472.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 27-12-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

472.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002430)

Date: 27-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000609 - SALWA MALANDI - 971562807700

The sum of Dhs. Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 472.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 27-01-2019

Being

Made by Ghada

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