

File No#: 1000616 Date: 3/June/2018

اسم المريض: Maitha Rashid Alkethi

Patient Name: Maitha Rashid Alkethi Gender (الجنس): M / F

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 8/8/85 Occupation (الوظيفة): -

Nationality (الجنسية): Emirati Phone No. (رقم الهاتف): 0509875111

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single 055 4436466

MAIL: _____

How Did You Know About Us? Social media

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

يبرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟

1 - دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار

2- دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار

3 - قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار

4- نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار

5- بشرة داكنة السمرة

2- هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جرة ؟ نعم لا

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

4- هل تناولت عقار "الأكبوتان / الأيسوتريتينين " 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 Ma:ha بقدمي إلى مركز أوركيد 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, 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 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 الانتفاخ 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 أقيات الشمس.

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO*

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

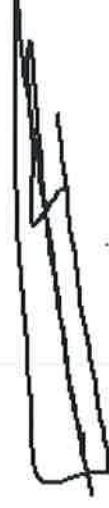
Card Holder Information

Name	Maitha,Rashid,Ali,,Balajaid Alketbi	IDN:	784198509761700	Mother Name:	Moza
Name (Ar)	ميثا راشد عطي، بالعبيد الكبي	Card Number:	087413788	Mother Name (Ar): Family ID:	موزه عطي حيد 309657
Title:		Nationality: (Ar):	ARE الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	30/01/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	29/04/2020	Date of Birth:	08/08/1985	Sponsor Name:	
Marital Status:	03	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	10	Occupation Field:	



Photo

Signature Image

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

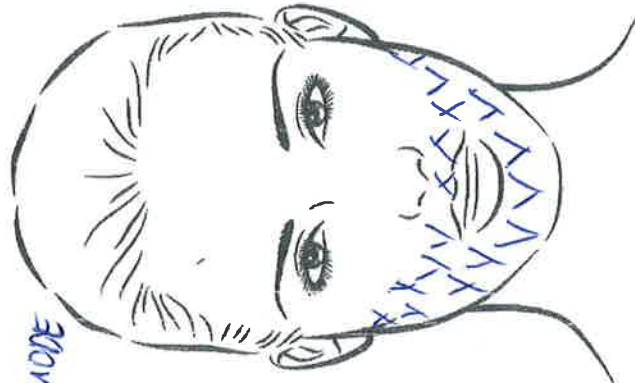
6/3/2018

Other

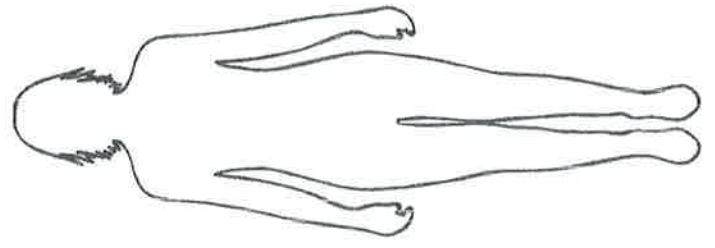
5/6/2018

LTR HALF FACE FDP MODE
5 J/cm², SHORT, 6HZ

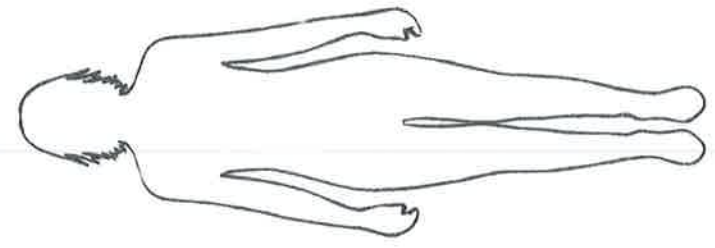
START : 3 PM
END : 3:30 PM



Front



Back





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 150.00	RECEIPT VOUCHER (No.REC-000717)	Date:03-06-2018
Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000616 - MAITHA ALKETBI - 0554436466		
The sum of Dhs. One Hundred Fifty Only		
By Cash 150.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00		
Bank:	Cheque No.	Date: 03-06-2018
Being		
Made by Ghada KC		

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

File No#: 1000616 Date: 6/6/2018 اسم المريض

Patient Name: Maittha Rashid

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 8/8/85

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Emirate

Occupation (الوظيفة): -

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Phone No. (رقم الهاتف): 055 43446

E-MAIL: R_xhx@outlook.com

055 4430466

How Did You Know About Us?

Social media

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint:

السجل الطبي
Medical History

Diseases: _____

Medication: _____

Allergies: _____

Pregnancy: _____

Hospitalization: _____

Family History: _____

Habits: Smoking: Y/N

Alcohol: Y/N

Drugs: Y/N

Remarks: _____

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination: _____

Diagnosis: _____

Medical Consent Form

I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition, which has been explained to me by the qualified physician.

I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.

I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.

I authorize my treating doctor to perform such procedure, which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as to a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risk and hazards to the performance of the diagnostic and /or surgical procedure. I realize that common surgical or diagnostic procedure are potential for an infection, swelling, bleeding and allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full after the completion of each treatment.

I understand that any information that I provide regarding my medical status will be kept completely confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that form has been fully explained to me and that I have read it understand its contents.

Patient Signature/ Guardian (In case of minors):

Date:

Dentist Signature:

نموذج إقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التخصصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و الطبية.

أتفهم انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لتنتج العلاج كما أتفهم ان هنالك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماماً كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان هنالك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

ان أي معلومات أقدّمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني املاك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الاقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الاقرار.

توقيع المريض / الوصي:

التاريخ:

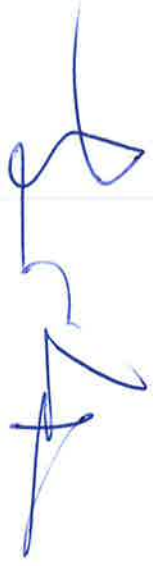
توقيع الطبيب المختص:

DOCTOR NOTE

CONSONATION RPT OF

UPPER EXTREMITY OF UPPER LIMBS
INNER THUMB, KNUCKLES
AND LOWER BACK.

PAT TRANSFER TO BUTTICKER



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

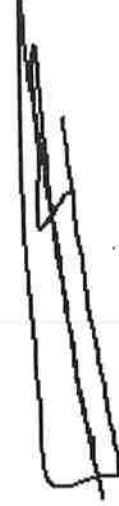
Card Holder Information

Name	Maitha,Rashid,Ali,,Balajaid Alketbi	IDN:	784198509761700	Mother Name:	Moza
Name (Ar)	ميثا راشد علي، بالجابيد الكعبي	Card Number:	087413788	Mother Name (Ar):	موزه علي حبيب
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	309657
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	30/01/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	29/04/2020	Date of Birth:	08/08/1985	Sponsor Name:	
Marital Status:	03	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	10	Occupation Field:	



Photo

Signature Image



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

6/3/2018

