

File No#: 1000622 Date: 5/6/2018
اسم المريض:
Patient Name: Morifa Mohamed
Gender (الجنس): M / F
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 7/10/1988
Occupation (الوظيفة):
Nationality (الجنسية): U.A.E
Phone No. (رقم الهاتف): 0529003193
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

MAIL: _____
How Did You Know About Us? Instigram

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟
1 - دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار
2- دائمة الاحتراق , عديدة 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 بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ لا نعم لا

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

5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حفظن الجلاليكوليك أو الهيدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟

لا نعم

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا محمد لعل بقومي إلى مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

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

أفهم 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 ، التئف، 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 التئف 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.

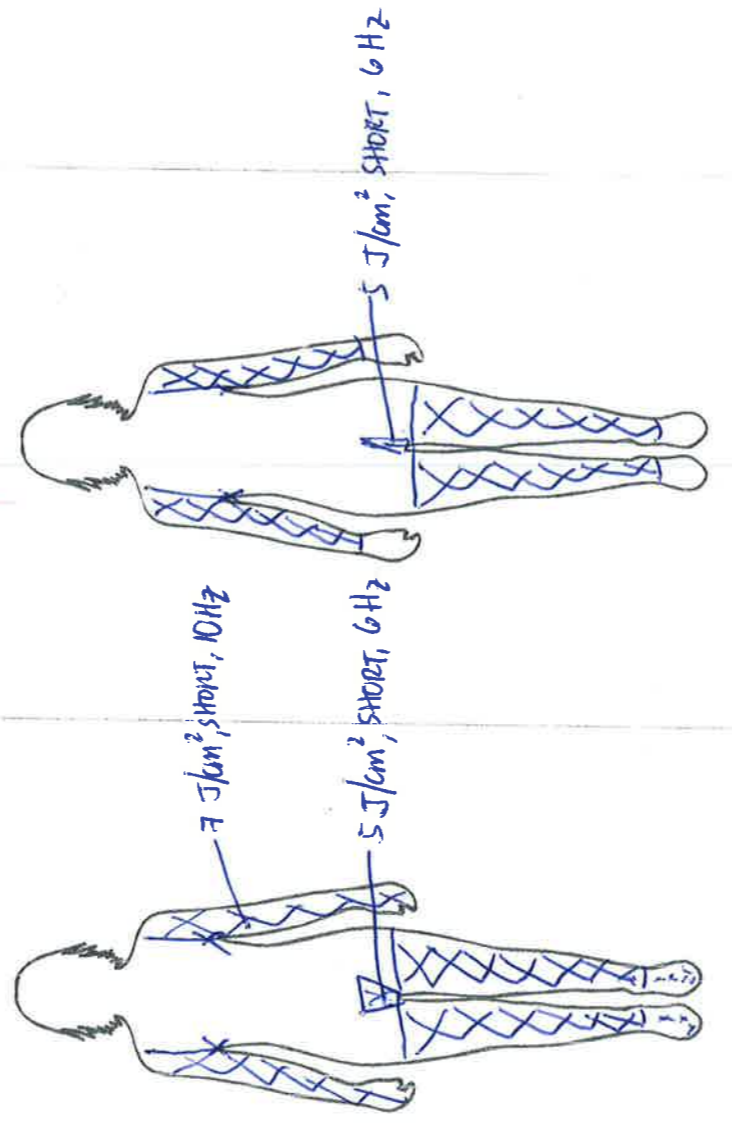
Other

JUNE 5, 2017



LHR FULL BODY FDP MODE
7 J/cm², SHORT, 10 Hz
START TIME: 10:25 AM
END : 1 PM

Front Back





مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,500.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000720)

Date: 06-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1000622 - MONIRA MOHAMED - 971529003195**The sum of Dhs. **One Thousand Five Hundred Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,500.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **06-06-2018**

Being

Made by **Shahia KC**

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

File No#: 1000622

Date: 5/6/2018

Patient Name: Manifa Mohamed

اسم المريض:

Date of Birth (التاريخ الميلاد): 7/10/1988

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): G.A.C

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 052-9603194

E.MAIL: Instigram

How Did You Know About Us?

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No نعم / لا	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No نعم / لا	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا	
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	Yes/No نعم / لا	
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No نعم / لا	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No نعم / لا	
	Anemia, Leukemia (لمرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Yes/No نعم / لا	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبتين، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم / لا	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تتعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems *للنساء: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي ممانع للحمل؟ هل تتعاطين من مشكلات في الدورة الشهرية؟	Yes/No نعم / لا	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم / لا	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم / لا	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تتعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تتعاطى من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا	
Other	Other conditions? أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc	Yes/No نعم / لا	

For Doctor's Use Only لا يستعمل الطبيب فقط

Weight: Height: Blood Type:

Chief Complaint: Nothing Ab Paet Lag

Medical History السجل الطبي

Diseases: Medication:
Allergies: Pregnancy:
Hospitalization: Family History:

Habits: Smoking: Y/N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N

Remarks:

Clinical Findings:

Radiography:

Examination : Very Bad Oral Hygiene

Diagnosis: Gingivitis



مركز أوركيدي الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,500.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000720)

Date:06-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000622 - MONIRA MOHAMED - 971529003195

The sum of Dhs. **One Thousand Five Hundred Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,500.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 06-06-2018

Being

Made by **Ghada KC**

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

TATAY OMCT.RC