

File No#: 1000626

Date: 05/06/18

اسم المريض:

Patient Name: MAAL JARAH

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 06/08/1982

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): JORDAN

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 050293217

MAIL:

How Did You Know About Us?

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟

1 - دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار

2- دائمة الاحترق , عديدة الاسمرار

3- قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار

4- شاذرة الاحترق , 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 العمى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ نعم لا

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

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

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا صالح محمد بقدمي إلى مركز أوريكيد 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 الأصابع 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 كالحقن , التنقب , الكريمات, وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

تقد 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 التنقب 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.

الأعراض 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 ليست بالأمر الشائع ونادراً 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	Maali, Yahea, Younes, Jarah	IDN:	784198374619298	Mother Name:	
Name (Ar)	معالي يحيى يوسف رجاح	Card Number:	087512995	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	05/02/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	30/01/2021	Date of Birth:	26/08/1983	Sponsor Name:	وزارة الصحة مستشفى القاسمي الشارقة
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	30120177077446	Residency Expiry:	30/01/2021
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo

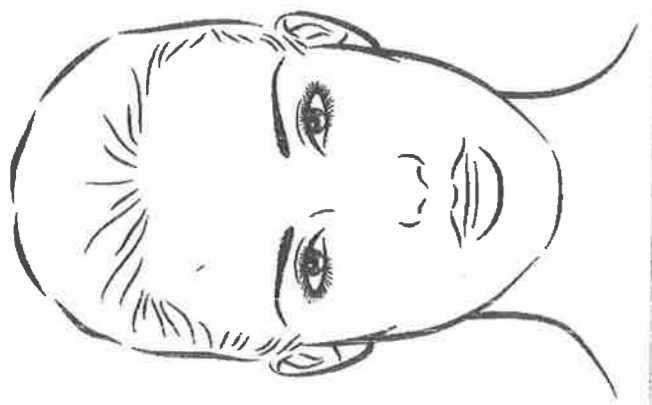
Signature Image

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

6/5/2018

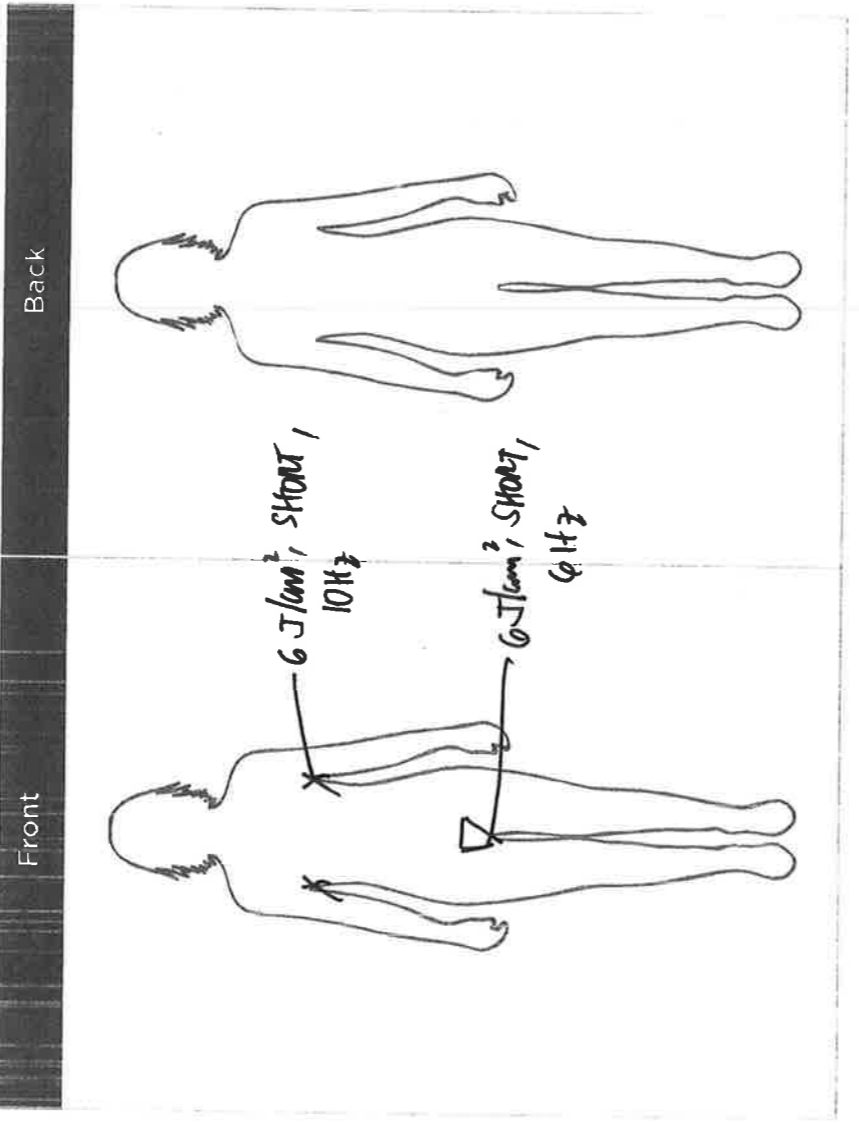
Other _____

5 JUNE 2018



LHR UNDERARM &
BIKINI (FRONT)
FOR MODE

START : 10:10 PM
END : 10:43 PM





مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

350.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000725)

Date: 06-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000626 - MAALI JARAH - 0502935157

The sum of Dhs. Three Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 350.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-06-2018

Being

Made by Ghada

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-000840)

Date: 03-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000626 - MAALI JARAH - 0502935157

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 03-07-2018

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

3/7/2018

UPPER UNDER ARM + BIKINI (Full)

