

File No#: 1000632

Date: 13/6/2018

Patient Name: Zouhair NABIL

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 8/5/1986

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Egypt

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0554808216

E-MAIL: 1

How Did You Know About Us? Instigyan

### 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 , عديدة الاسمرار

3 - قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار

4- نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار

5- بشرة داكنة السمرة

هل ظهرت 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 / الايسوترتينين " 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 للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا \_\_\_\_\_ بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج  
جهاز ليزر ال Q-Switch باستخدام

■ التقشير الكربوني باستخدام لوشن الكربونو يتبعه التقشير بالليزر هو احد الإستطبات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والثغوز الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، احمرار الجلد، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح 3-5 جلسات معظمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكربون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكربون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإنتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الاضافر (الوضع A)

. بير إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكيوتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

**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**

<b>Name</b>	Zouhour Nabil,Abrahim,Eldessouki,,Refaei	<b>IDN:</b>	784198646313290	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	زهور نبيل ابراهيم الصوقي,رفاعي	<b>Card Number:</b>	086795748	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	EGY	<b>Family ID:</b>	
<b>Title(Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	مصر	<b>Sponsor Type:</b>	06
<b>Issue Date:</b>	20/12/2017	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Name:</b>	
<b>Expiry Date:</b>	12/12/2019	<b>Date of Birth:</b>	08/05/1986	<b>Sponsor Number:</b>	00
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Residency Expiry:</b>	12/12/2019
<b>Residency Type:</b>	02	<b>Residency Number:</b>	20120172680922	<b>Occupation Field:</b>	00
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	04		



Photo

Signature Image



File No#: 1000632

Date: 6/6/2018

اسم المريض

Patient Name: Zouhour Nabil

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 8/5/1986

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Egypt

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0554808216

E.MAIL:

How Did You Know About Us?

Weight: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Blood Type: \_\_\_\_\_

Chief Complaint: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medical History السجل الطبي

Diseases: \_\_\_\_\_ Medication: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_ Pregnancy: \_\_\_\_\_

Hospitalization: \_\_\_\_\_ Family History: \_\_\_\_\_

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

Remarks: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Initial 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 التشخيصات و الإجراءات الطبية الاضائية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا اتفهم 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.

أفرض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

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

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

إن أي معلومات أقدّمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الإطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني أمتلك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

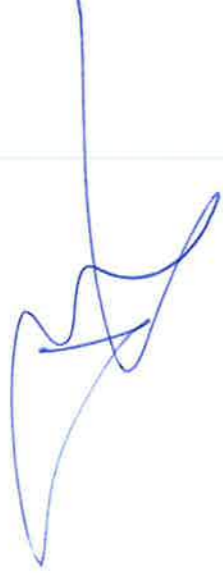
توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

DOCTOR NOTE

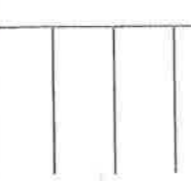
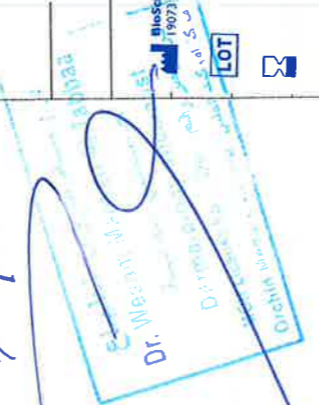
CONSULTANT ABOUT FIBER  
KMS BOSTON



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
06.06.2018	<p>4cc of VUC 13 IU CAFIRE UPITER 4/3/2020 lips filled = 1 syringe chin filled = 2 syringe Texas = 4 syringe cheeks filled = 1 syringe dysport (0.45) next app: 2/4 skinny: 2 (0.1) Voltra (8.2)</p>	<p>Teosyal PureSense Ultra Deep LOT TSUL - 1911238 2021-03 1.2ml</p> <p>Medecin</p> <p>Teosyal PureSense Ultra Deep LOT TSUL - 1911238 2021-03 1.2ml</p> <p>Medecin</p> <p>Cycoal Volume 01AHV-2511101 019G2-V/B 07/2021 1x1.1mL</p> <p>Cycoal Volume 01AHV-2511101 019G2-V/B 07/2021 1x1.1mL</p> <p>Medicin</p> <p>Medicin</p>		





REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO\*

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Zouhour Nabil,Abraham,Eldessouki,,Refaei	IDN:	784198646313290	Mother Name:	
Name (Ar)	زهور نبيل ابراهيم العسوي رفاعي	Card Number:	086795748	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	20/12/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	12/12/2019	Date of Birth:	08/05/1986	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120172680922	Residency Expiry:	12/12/2019
ID Type:	IL	Occupation:	04	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

6/6/2018



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

3,000.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000724)

Date:06-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000632 - ZOUHOUR NABIL - 971554808216

The sum of Dhs. Three Thousand Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 3,000.00 / By Credit Card 0.00 / 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](mailto:info@omc1.ae)

[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 9,292.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007981)

Date:04-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000632 - ZOUHOUR NABIL - 971554808216

The sum of Dhs. **Nine Thousand Two Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **9,292.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**Bank: \_\_\_\_\_ Cheque No. \_\_\_\_\_ Date: **04-03-2020**Being **1 BOTOX + 450** **2000** **1000** **4200** **4200**  
**1 BOTOX + 2 INJ CHIN FILLER + 1 CHEEKS FILLER + TEXAS 4 INJ + VAT**Made by **Rana**

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1000632 - ZOUHOUR NABIL - 971554808216

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

04/03/2020  
Rana  
TID: 5288130

## ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: 4/3/2022

أنا السيد/السيدة \_\_\_\_\_ أؤكد بأنه تم شرح لنا كيفية العلاج باستخدام البوتكس وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه كحال جميع الادوية البوتكس قد يحتوي على آثار جانبية. هذه الردود العكسية قد تكون متعلقة بالعلاج، إما بسبب المنتج أو الفرد، لكن بشكل عام هذه المضاعفات قد تحدث في الأيام الأولى التي تتبع يوم الحقن وتكون بشكل مؤقت. معظم الحالات التي تم تسجيلها تكون بدرجة معتدلة إلى خفيفة. كما هو متوقعة بعد الحقن سوف يكون هناك شعور بألم وحرق وتيبس وتورم ووزراق.

من الآثار الجانبية الشائعة التي من الممكن حدوثها: صداع، زرغلة، احمرار، تراخي بعضلات الوجه وألم في الوجه.

من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، تميّل، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاء، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالعضلات، أعراض الانفلونزا، ضعف وحرارة.

الآثار الجانبية التالية قد تكون نادرة: حكة، طفح جلدي، قشعريرة، أنواع مختلفة من الطفح الجلدي الأحمر، حساسية قوية (تورم وتحديدا في الوجه والمجرى الهوائي مما يسبب صعوبة بالتنفس)، هبوط الحاجب أو الجفن، سماع طنين بالأذن وقلة السمع، حساسية في صعوبة البلع والتنفس والكلام.

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 4 إلى 6 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح. إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا أفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبدل.

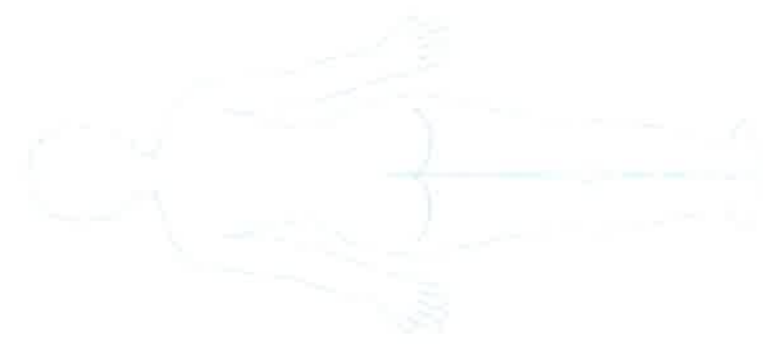
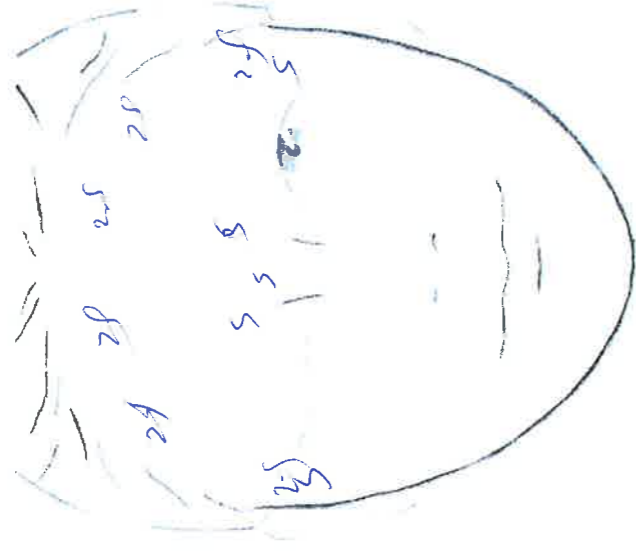
أنا وافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور او الوصف المرفق  
نعم لا

التوقيع: \_\_\_\_\_

اسم المريض: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_

اسم المعالج: \_\_\_\_\_



**Filler Injection Log**

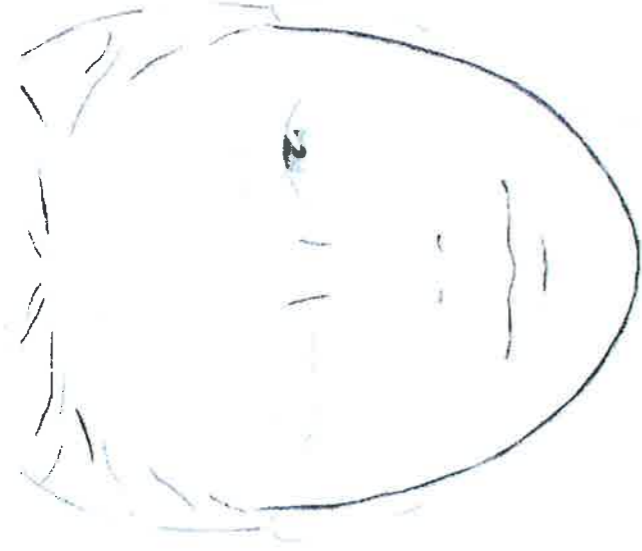
	Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1					
Session 2					
Session 3					
Session 4					
Session 5					

**Botox Injection Log**

	Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

Doctor's Name and Signature

.....



**Filler Injection Log**

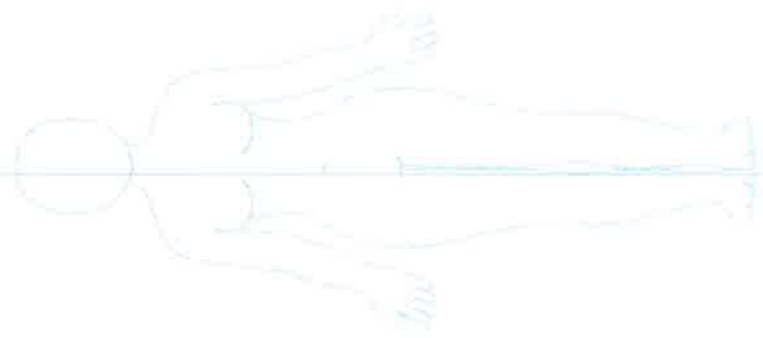
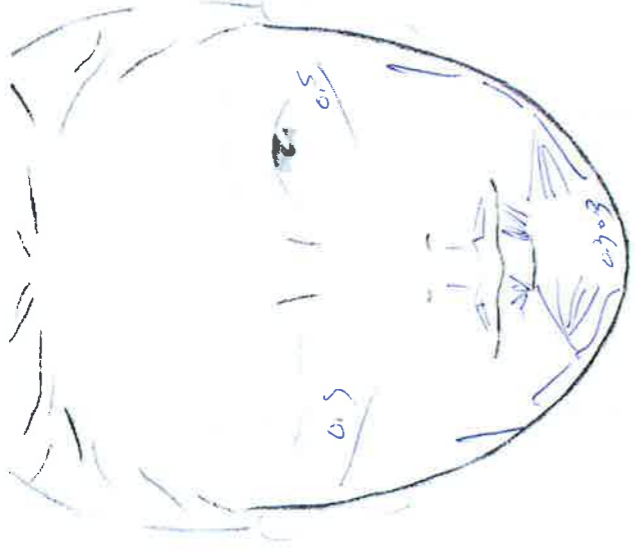
Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

**Botox Injection Log**

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....



**Filler Injection Log**

Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

**Botox Injection Log**

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....