

File No#: 1000636 Date: 2018/6/9
اسم المريض:
Patient Name: Samah Al Sawalmeh Gender (الجنس): M / (F)
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 21/3/1988 Occupation (الوظيفة): Nurse Manager
Nationality (الجنسية): Jordan Phone No. (رقم الهاتف): 056-2272214
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married
E. MAIL: Neofa11@yahoo.com
How Did You Know About Us? Internet

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

2- 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 "الأكيوتان" / الايسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

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

لا نعم

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا سحر المله 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 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 , التفت , الكريمات , وإزالة بالشع 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 لتقادي زيادة الأعراض الجانبية.

• يجب تقادي إزالة الشعر بالشع او التفت 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 ستلتشى 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

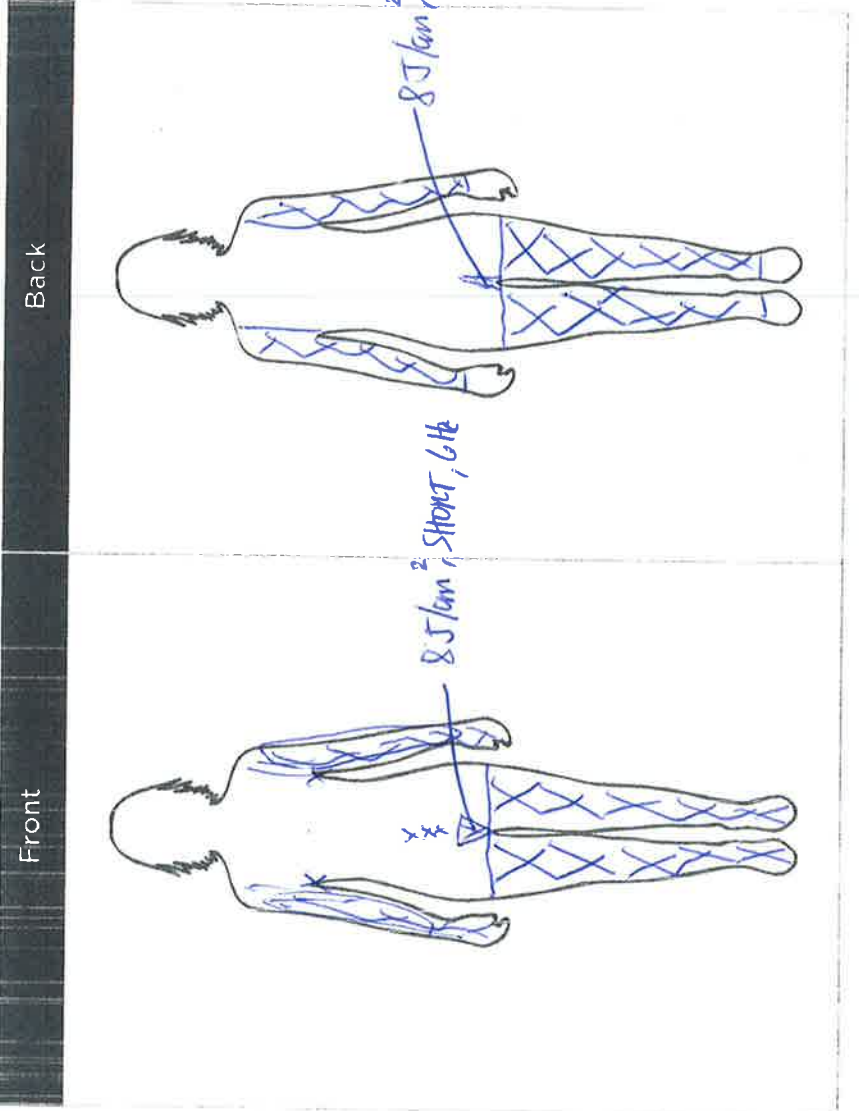
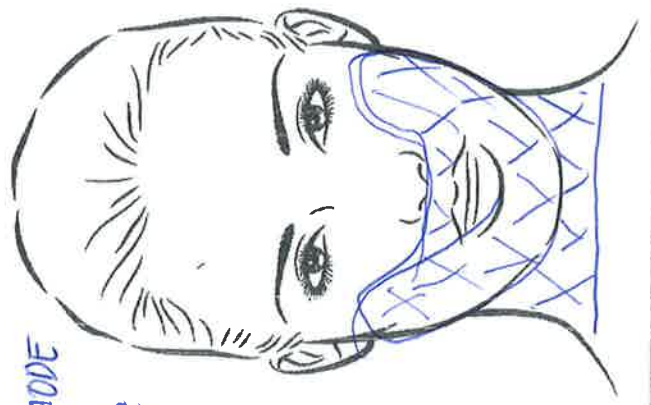
9 JUNE 2018

LHR FULL BODY FDP MODE

12 J/cm², SHORT, 6Hz

START: 11:50 AM

END: 2:45 PM



· 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	Samah, Khaled, Rusydi, Alsawalmeh	IDN:	784198870264912	Mother Name:	
Name (Ar)	سماح خالد رشدي السوالمه	Card Number:	087550319	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	JOR الأردن	Family ID:	
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	03
Issue Date:	07/02/2018	Date of Birth:	21/03/1988	Sponsor Name:	محمد احمد حنين الحورت
Expiry Date:	30/01/2020	Husband IDN:		Sponsor Number:	74541825
Marital Status:	02	Residency Number:	30120113037488	Residency Expiry:	30/01/2020
Residency Type:	03	Occupation:	10	Occupation Field:	00
ID Type:	IL				



Photo

Signature Image

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

6/9/2018



مركز أوركيدي الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,995.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000738)

Date:09-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000636 - SAMAH AL SAWALMEH - 971562272214

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,995.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 09-06-2018

Being

Made by **Ghada**

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

www.omc.lae

Circle areas to be treated:

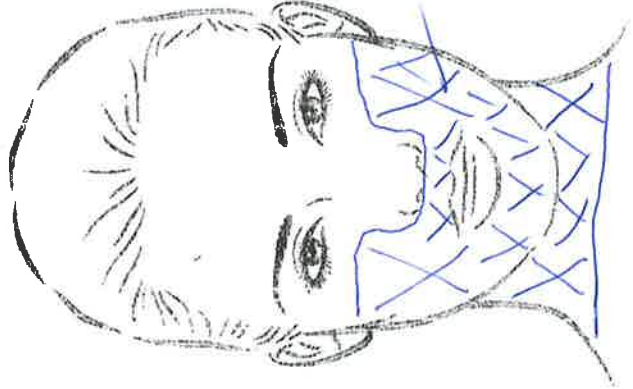
Other

7/7/2018

VHC Full Body

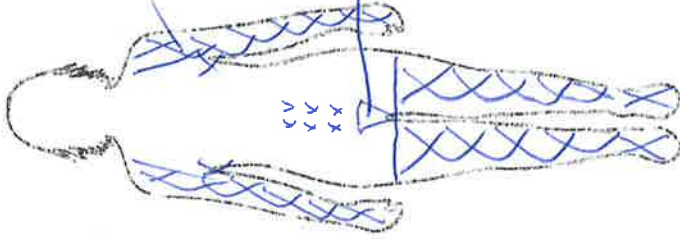
START: 2:30PM

END: 4:50PM



12J/cm², SHORT, 6Hz
POP MODE

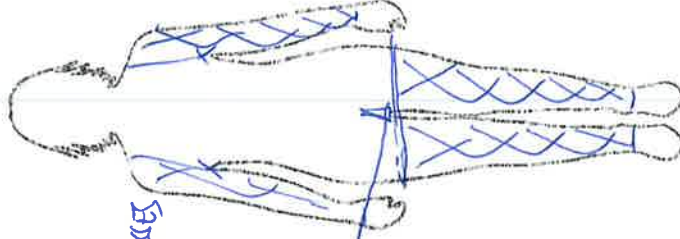
Front



22J/cm², SHORT X 2 PASSES

8J/cm², SHORT, 6Hz

Back





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000862)

Date: 07-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000636 - SAMAH AL SAWALMEH - 971562272214

The sum of Dhs. Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 997.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-07-2018

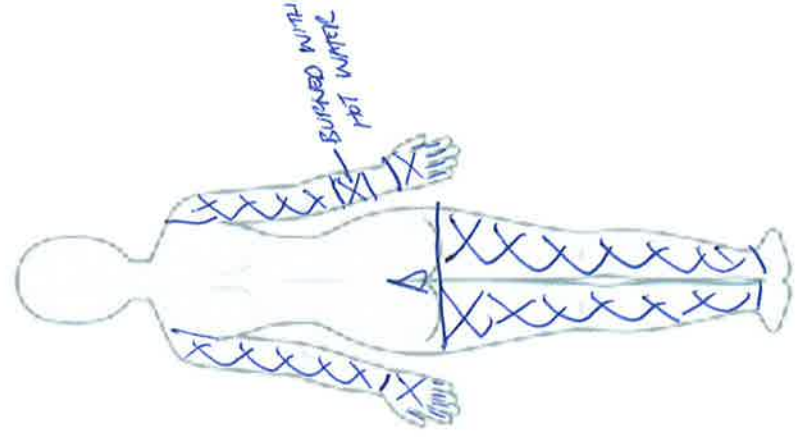
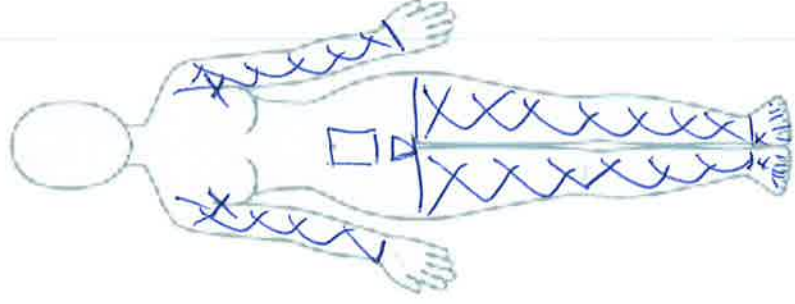
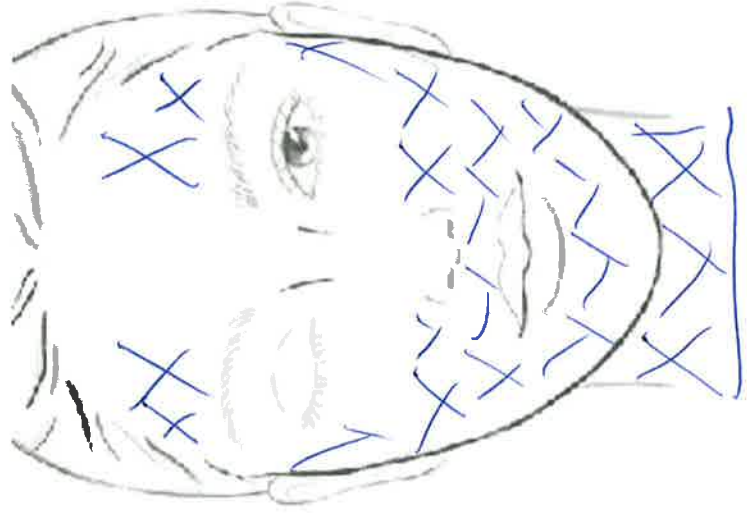
Being AGAINST INVOICE NO: 1967

Made by Ghada

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

Patient's Name: **SAMAH A. SAMMURAH**
 File Number: **100064**
 Pain Relief given? Yes / No

Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	29/9/18					
Treatment Area	FULL BODY					
Hair Type	DARK, COARSE					
Mode	DP2, FDP					
Fluence	20J/cm ² , 1J/cm ²					
Pulse Type	SHORT					
CNT Pulse						
Passes	1-2, 1					
Starting Time	5 PM					
Finish Time	5:30 PM					
Post Treatment						

Therapist Name and Signature
GESSIE JANE