

File No#: 1000652 Date: 11/6/2018
اسم المريض:
Patient Name: Sara Nazak Gender (الجنس): M / F
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 24/9/2002 Occupation (الوظيفة):
Nationality (الجنسية): Gemoros Phone No. (رقم الهاتف): 055299334
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Singel
E. MAIL: _____

How Did You Know About Us? Friends

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 , عديمة الاسمرار
3 - قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
4- نادرة 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 الحمى أو التفurchات في منطقة العلاج ؟ نعم (لا)

4- هل تناولت عقار "الأكبوتان / الأيسوترتينين" خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

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

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا سارة بقدمي إلى مركز أوركيذ 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 بصيلات 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 , التنتف , 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 التنتف قبل العلاج ب6 أسابيع على الاقل.

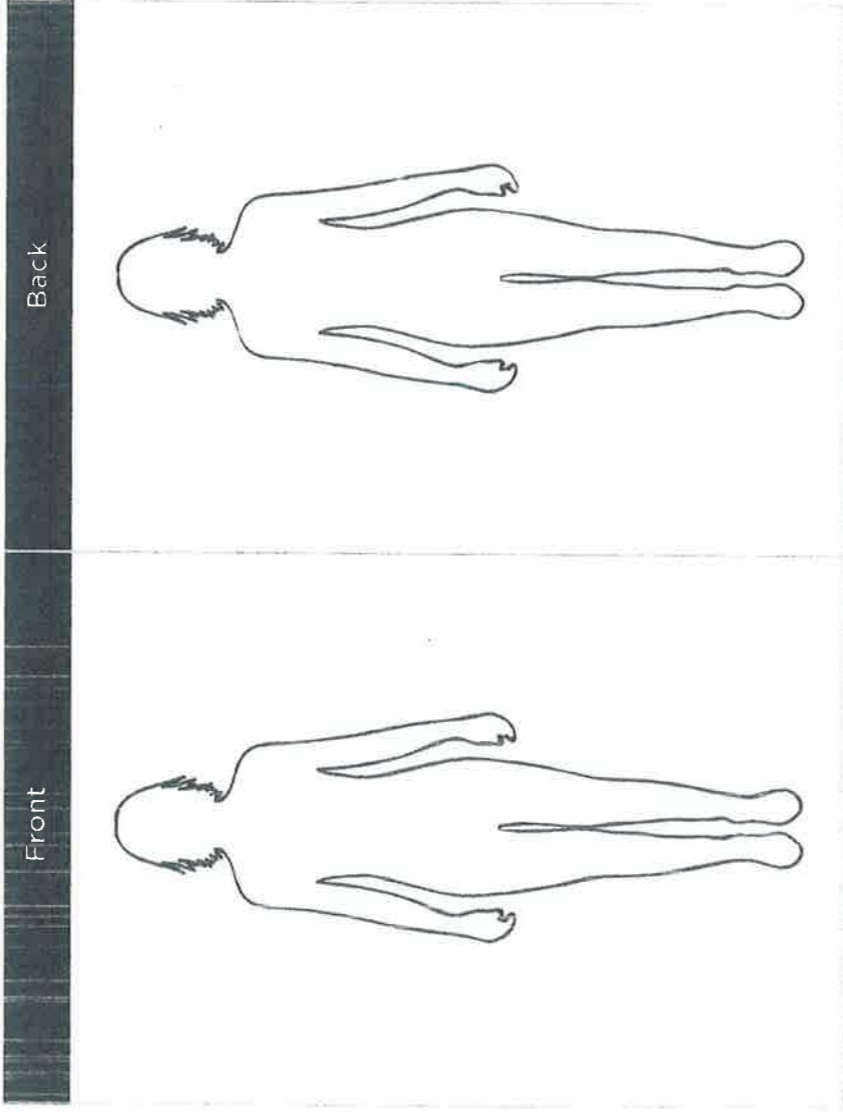
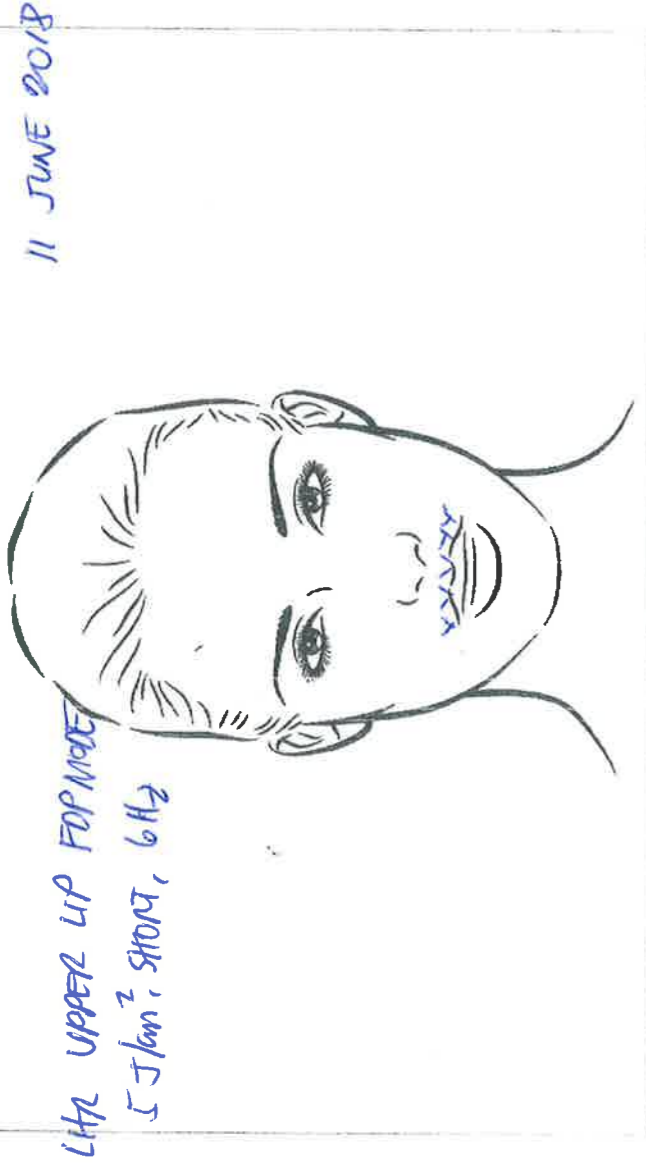
• الوشوم/التاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

• 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 ستلاشي 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.

Other _____



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMl

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	Sara,Nezar,Gholam,,Mohamad	IDN:	784200231540384	Mother Name:	
Name (Ar)	سارة نزار غلام محمد	Card Number:	081185507	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	COM	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	جزر القمر		
Issue Date:	12/12/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	06/12/2019	Date of Birth:	24/09/2002	Sponsor Name:	نزار غلام محمد عبدالله
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	0102547781
Residency Type:	03	Residency Number:	20120113054853	Residency Expiry:	06/12/2019
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

No signature / بدون إمضاء

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

6/11/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

52.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000752)

Date: 11-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000652 - SARA NEZAR - 971505299334

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

By Cash 52.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 11-06-2018

Being

Made by Ghada

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