

File No#: 1000660 Date: 12-6-2018
Patient Name: Balqees Sabir اسم المريض:
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 16/10/1990 Gender (الجنس): M / (F)
Nationality (الجنسية): uae Occupation (الوظيفة): _____
Marital Status (الحالة الاجتماعية): Singel Phone No. (رقم الهاتف): 0507277122
EMAIL: _____
How Did You Know About Us? snapshot

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 , عديمة الاسمرار _____
3 - قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
- 4- نادرة الاحتراق , 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 التقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم _____ لا _____
- 4- هل تناولت عقار "الأكيوتان / الايسوتريتينونين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم _____ لا _____
- 5- هل استخدمت عقار "ريتئين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروروكينون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟ نعم _____ لا _____

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا Edrees Shriv بقدمي إلى مركز أوركيذ 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 الأصابع الموجودة في بصليلات الشعر وتعطل قدرتها على إنماء 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 اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وأنا على علم بالطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق , التفت , الكريمات , وازالة بالشمع و الكي. و اني اخترت ازالة 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 التفت قبل العلاج ب6 أسابيع على الأقل.

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.

أقر أن أي صور قد يتم التقاطها للعلاج ستبقى مجهولة الهوية و قد يتم استخدامها للأغراض العلمية والإعلامية.

أقر انه قد أتيتحت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أتي قد قرأت وفهمت محتوى هذا الإقرار. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حالة عدم بلوعي السن القانوني قبل إجراء العلاج.

التاريخ: _____

الاسم: Edrees Shriv

توقيع المريض: _____

توقيع ولي أمر المريض(من هم بون السن القانوني): _____

بشهادة: _____

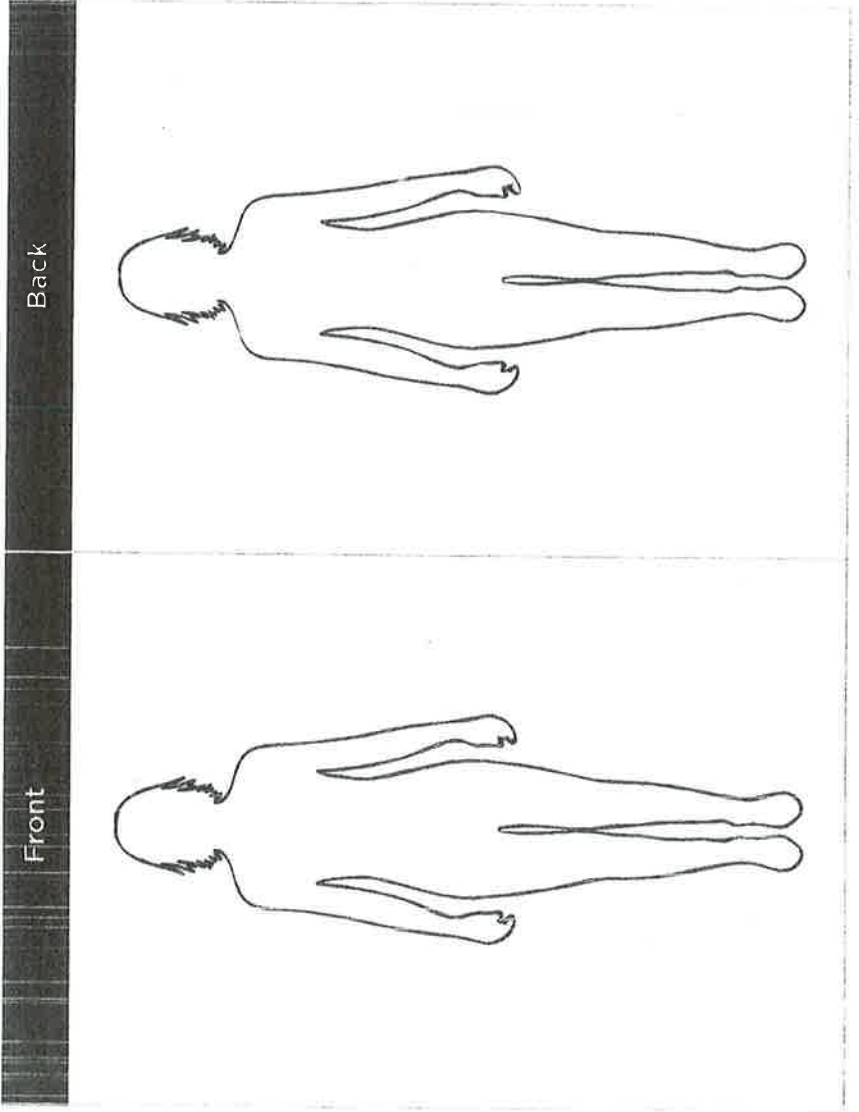
Other _____

12 JUNE 2018

LHR HALF FACE
DP1 MORE



10 J/cm², BURST X 2 PASSES



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	Balqees,Sabir,Abdalla,Ghulam,Ali	IDN:	784199058080716	Mother Name:	Amal
Name (Ar)	باليوس,صابير,عبدالله,غلام,علي	Card Number:	082572443	Mother Name (Ar):	أمل
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	301009777
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	19/03/2017	Date of Birth:	16/10/1990	Sponsor Name:	
Expiry Date:	08/10/2018	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	01	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	11	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				



Photo

Signature Image

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

6/12/2018



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000760)

Date:12-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000660 - BALQIS SABER - 971507277122

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

By Cash 157.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 12-06-2018

Being

Made by Ghada

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