

File No#: 10006668

Date: 13/06/18

اسم المريض:

Patient Name: MOOZA AL ALI

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 13/06/1991

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): OOM

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0567887579

MAIL:

How Did You Know About Us?

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الاسئلة 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- نادرة الاحترق , 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 الحصى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم لا

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

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

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا _____ بقدمي إلى مركز أوركييد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها من الأصباغ الموجودة في بصيلات 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 كالحلق , التنف , الكريمات, وإزالة بالشمع 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 لتفادي زيادة الأعراض الجانبية.

يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع او التنف 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 بضعة 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 أتحت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و اني قد قرأت وفهمت محتوى هذا الإقرار. واني تجاوزت الثامن عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حالة عدم بلوعي السن القانوني قبل إجراء العلاج.

التاريخ: 13/6/2016

الإسم:

توقيع المريض:

توقيع ولي أمر المريض(من هم دون السن القانوني):

بشهادة:

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	Mooza, Ali, Salem, Alali	IDN:	784199131372064	Mother Name:	
Name (Ar)	موزة علي بن سالم آل علي	Card Number:	083687691	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	COM	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	جزر القمر		
Issue Date:	30/05/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	22/05/2020	Date of Birth:	13/08/1991	Sponsor Name:	علي بن سالم محمد آل علي
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	0103123769
Residency Type:	03	Residency Number:	20120113078671	Residency Expiry:	22/05/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

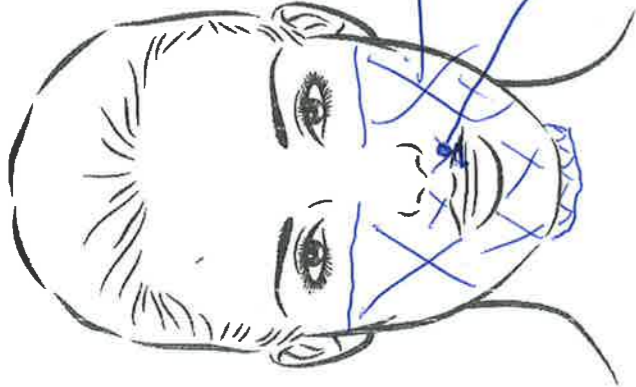
<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

6/13/2018

Other

14 JUNE 2018

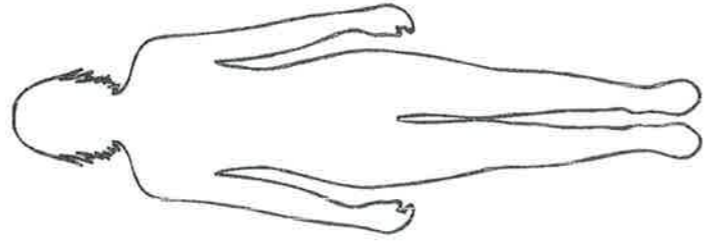
WHR HAIR FACE
DPI MODE



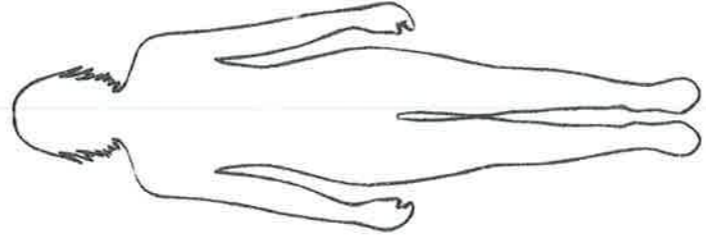
16 J/cm², SHORT X 2 PASSES

(BECAUSE?) FROM FILLERS
4 DAYS AGO ACCORDING
TO HER

Front



Back





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000773)

Date:14-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000668 - MOOZA AL ALI - 971567887574

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **157.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 14-06-2018

Being

Made by **Ghada**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.aewww.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001073)

Date:16-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000668 - MOOZA AL ALI - 971567887574

The sum of Dhs. Eight Hundred Forty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 840.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

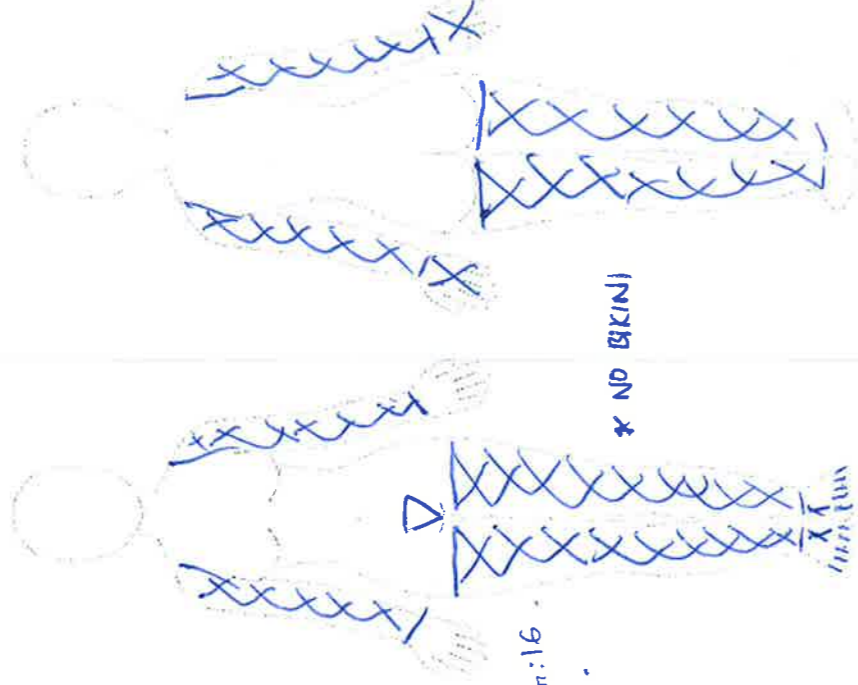
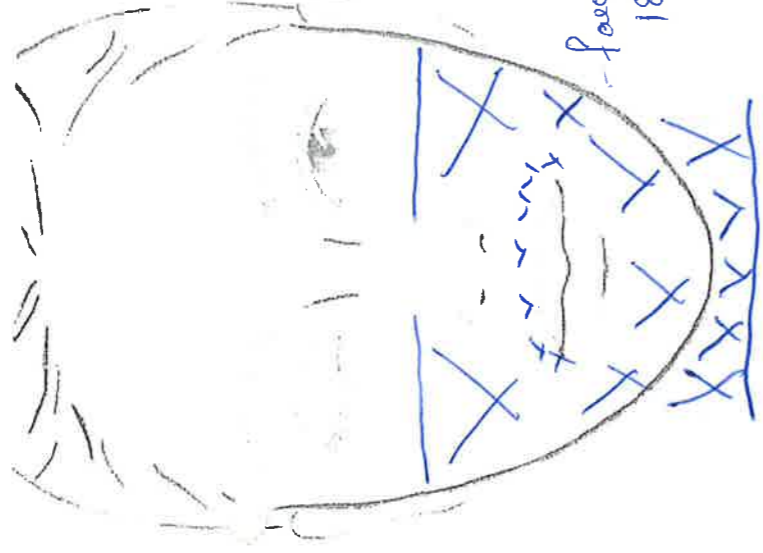
Date: 16-08-2018

Being

Made by Ghada

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

Patient's Name: MOOZA A. MA 1000668 185/15ms NO BIKINI NO BIKINI
 File Number:
 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	16/8/18	19/8/18	4/12/19	05/01/20	16/02/20	
Treatment Area	Full BODY	BIKINI (FRONT)	Full body	Same	Same	
Hair Type	DMCK, COARSE	DMCK, COARSE	Thick/Dark	Same	Same	
Mode	DP1	NDYAG	DP1/FPP	DVelux	Deka	
Fluence	16J/cm ²	14J/cm ²	18J/SHORT		15J/17ms	
Pulse Type	BURST	IO				
CNT Pulse						
Passes	2	1				
Starting Time	4:10 PM	1:30 PM	6:45 PM	12:45 pm	Bikini	
Finish Time	6:00 PM	1:45 PM	8:10 pm	2:10 pm	14J/18ms	
Post Treatment					3:30pm	4:30pm

Therapist Name and Signature BESSIE Maia