

File No#: 1000669.

Date: 13/6/2018.

Patient Name: Huda ALALI

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 28-11-1988

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Qowyes

Occupation (الوظيفة): \_\_\_\_\_

Marital Status (الحالة الاجتماعية): \_\_\_\_\_

Phone No. (رقم الهاتف): 0508389238.

MAIL: \_\_\_\_\_

How Did You Know About Us? Daveen

### 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 ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ لا نعم لا

3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا بسيط (الهريس) أو بثور الحصى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ لا نعم لا

4- هل تناولت عقار "الأكيوتان" / الإيسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟ لا نعم لا

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

## إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا هدى العلي بقدمي إلى مركز أوركيذ 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 بصليات الشعر وتعطل 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 ، التنف، الكريمات، وإزالة بالشمع و الكي، و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تأقيت 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 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 ستلاشى خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ونادرا ما تكون. 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 أتاحت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني 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: هدى العلي

توقيع المريض: Huda

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

بشهادة: \_\_\_\_\_

Other

14 JUNE 2018

LHR HALF FACE  
DP1 MODE

BRUISES  
(BOTH X)

14 J/cm<sup>2</sup>, BURST X  
2 PASSES

16/08/18.

Time - 2pm  
4:10pm

-16 J/cm<sup>2</sup>.  
2 PASSES  
BURST.

Front

Back

PATIENT NAME: HUOA AL ACI

FILE NO#: 1000669

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
14/6/18	4HR HALF FACE 14J/cm <sup>2</sup> , BURST X 2 PHASES	150	0	
16/08/18	4HR Full body... 16J/cm <sup>2</sup> BURST-2	800	0	
19/4/14	Prepacial with mask dose			
17/8/18	4HR BIKINI NDYAG 15J/cm <sup>2</sup> , PULSE 10,			
4/10/19	4HR full body VIKINI			
05/01/20	4HR - full body (VIKINI)			
9-1-2020	Scalping + Polishing			
4-07-2020	Carbon Laser			
16/2/20	4HR full body Gynoscore			

د. وسام مروان الطيباع  
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
 Dermatologist  
 Dermatology Specialist  
 MOH License No.: 9226  
 Orchid Medical Centre  
 01 233 3333

د. اميرة حسن  
 Dr. Amira Hassan  
 ممارس عام - طبيب اسنان عام  
 G.P General Dentist  
 MOH License No.: 057288  
 Orchid Medical Centre

د. وسام مروان الطيباع  
 Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa  
 Dermatologist  
 Dermatology Specialist  
 MOH License No.: 9226  
 Orchid Medical Centre  
 01 233 3333

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	Huda,Ali,Salem,,Alali	IDN:	784198882086311	Mother Name:	
Name (Ar)	هدى,علي,سالم,رآل علي	Card Number:	083674956	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	COM	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	جزر القمر		
Issue Date:	29/05/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	22/05/2020	Date of Birth:	28/11/1988	Sponsor Name:	على سلام محمد آل علي
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	0103123769
Residency Type:	03	Residency Number:	20120113078672	Residency Expiry:	22/05/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

6/13/2018



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000774)

Date:14-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000669 - HUDA AL ALI - 971508389238

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.ae

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

840.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001072)

Date: 16-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000669 - HUDA AL ALI - 971508389238

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

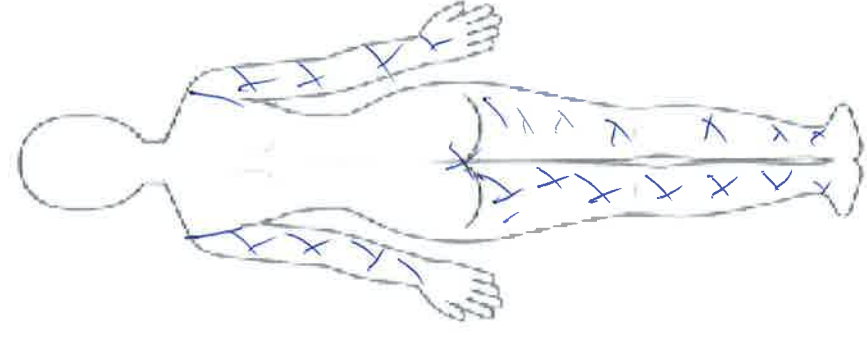
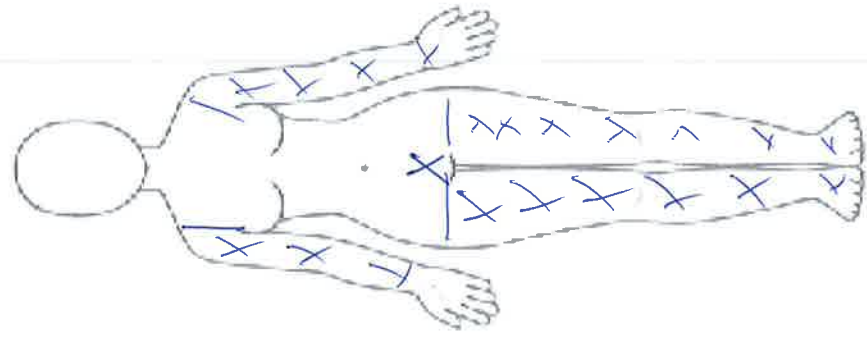
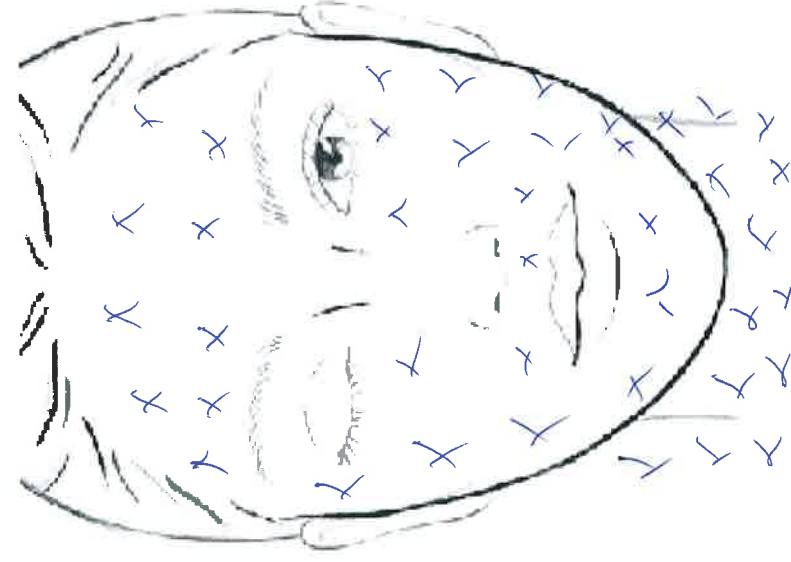
Being

Made by Ghada

**Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)****[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



Patient's Name: **HUDA AAL** ..... **اسم المريض:**  
 File Number: ..... **رقم الملف:**  
 Pain Relief given? Yes / No ..... **1000669** ..... **تخفيف الألم**  
 Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....



**Lyonsure**

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	4/12/19.	05/02/20.	16/2/20.			
Treatment Area	Full body	Same.	Full body.			
Hair Type	MID	Same	Soft 1D			
Mode	FDP 10P1	Velera.	Alex 24: s2			
Fluence	6/6. 26/8H		8/15ms			
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	2 pass	2:15pm	Bikin 15s2			
Starting Time	5pm	4:30pm	20/30ms			
Finish Time	6:45pm		1 pass			
Post Treatment			Arrest			

*[Signature]*

Therapist Name and Signature .....





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

367.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001092)

Date: 19-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000669 - HUDA AL ALI - 971508389238

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

By Cash 367.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 19-08-2018

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 1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006325)

Date:04-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000669 - HUDA AL ALI - 971508389238

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

By Cash **1,575.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 04-12-2019

Being **3 SESSION FULL BODY + 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 : 1000669 - HUDA AL ALI - 971508389238

**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 أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006326)

Date:04-12-2019

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

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

By Cash **1,575.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **04-12-2019**

Being **3 SESSION FULL BODY + 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 : **1000668 - MOOZA AL ALI - 971567887574**

---

**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 أوركيديك الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006986)

Date:09-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000669 - HUDA AL ALI - 971504350500

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: 09-01-2020

Being **1 SESSION CARBON + VAT**

Made by **Reem**

- 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 : 1000669 - HUDA AL ALI - 971504350500

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**

جهاز Q-Switch Laser أقر أنا صدي الحكيمة بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

ليزر ال **■ التقشير الكروني باستخدام لوشن الكروني** يتبعه التقشير بالليزر هو أحد الإستراتيجيات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشقوق

الصدغي (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 تنتج الحبوب، توسيع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت، بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 أسابيع وجلسات مرآحة كل 3-6 أشهر.

■ **التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر** يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكروني، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكروني مما يستهدف الأصبغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 أشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الأظافر (الوضع A)

. بتر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

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

. الحمل والرضاعة.

. الأمراض الجلدية والتهابات و الأورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

. الربو.

أفهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة لن تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضائي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى انتهاء خطة العلاج. و انا افهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي للليزر وتطبيق التعليمات ما قبل وما بعد العلاج. وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

أفهم ان كما هناك منافع للجراء المطلوب. افهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الانتقام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

افهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت، تأثيرات مشابهة لتأثيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة ايام فقط، تغيرات صبغية ( بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكاً، الم، حكمت، التهاب، ندوب او انتفاخ.

شعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج. وعلى ايضا ابقاء عينايا مقلقتان أثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج كامل فرائده ومضاعفاته المحتملة. وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتني وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التوقيع:

التاريخ:

اسم المريض/ولي امر المريض:

Huda