

File No#: 1000671

Date: 14-6-2018

Patient Name: Houria Hussain

اسم المريض:

Date of Birth (تاريخ الميلاد): 9/2/1982

Gender (الجنس): M / (F)

Nationality (الجنسية): u.a.e

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

Phone No. (رقم الهاتف): 0563322031

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

How Did You Know About Us? Friends

### التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

يُرجى 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- نامرة الاحتراق , دائمة الاسمرار \_\_\_\_\_

5- بشرة داكنة السمرة \_\_\_\_\_

2- هل ظهوره 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" / الإيسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم \_\_\_\_\_ لا ✓

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

نعم \_\_\_\_\_ لا ✓

## إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا \_\_\_\_\_ بقدمي إلى مركز أوركيد الطبي / المشاركة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أنفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها من الأصابع الموجودة في بصليبات الشعر وتعطل قدرتها على إنباء الشعر.

أنفهم 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 , التتف , الكريمات , وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تلقيت التعليمات التالية :-

لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات تسمير البشرة لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج لتفادي زيادة الأعراض الجانبية.

يجب تفادي إزالة الشعر بالشمع او التتف 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 ستلاشى 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 أتحت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أني قد قرأت وفهمت محتوى هذا الإقرار. و أني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر ي في حالة عدم بلوعي السن القانوني قبل إجراء العلاج.

التاريخ: ٢٠١٦/٦/١٤

الاسم: لوسياء حبيب طه السيد أحمد آيات

توقيع المريض: \_\_\_\_\_

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

بشهادة: \_\_\_\_\_

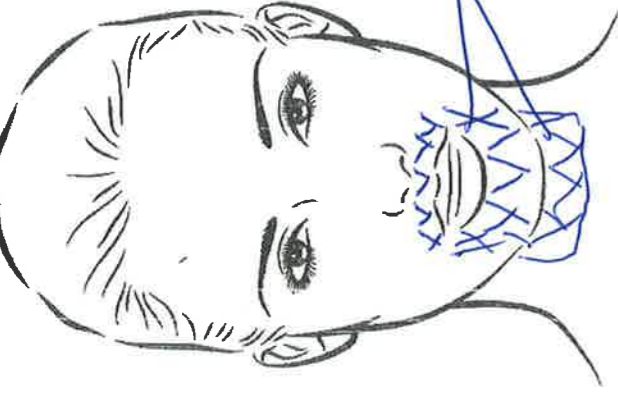
Other \_\_\_\_\_

LHA Full BODY

DP1 & FDP MODE

START: 11:05 PM

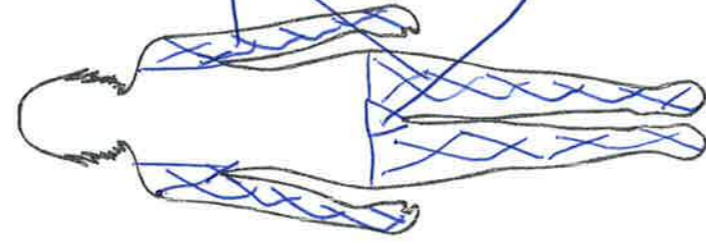
END: 1:30 PM



14/6/18

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

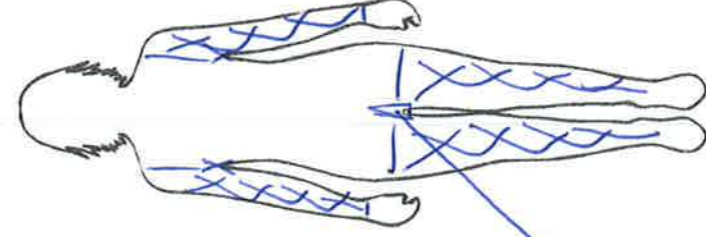
Front



20 J/cm<sup>2</sup>, SHORT  
X 2 PASSES

5 J/cm<sup>2</sup>, SHORT, OFF Z  
(FDP MODE)

Back





REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO-

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**

<b>Name</b>	Houria,Hussain,Abdalla,Ahmed,Al Ali	<b>IDN:</b>	784198290747686	<b>Mother Name:</b>	Mariam
<b>Name (Ar)</b>	حورية حسين عبد الله أحمد آل علي	<b>Card Number:</b>	080875083	<b>Mother Name (Ar): Family ID:</b>	مريم اسحاق 3016478
<b>Title</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	ARE	<b>Nationality (Ar): الأمم المتحدة</b>	
<b>Issue Date:</b>	15/11/2016	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	
<b>Expiry Date:</b>	15/11/2026	<b>Date of Birth:</b>	09/02/1982	<b>Sponsor Name:</b>	
<b>Marital Status:</b>	01	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	
<b>Residency Type:</b>		<b>Residency Number:</b>	11	<b>Residency Expiry:</b>	
<b>ID Type:</b>	ID	<b>Occupation:</b>	00	<b>Occupation Field:</b>	



Photo

Signature Image

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

6/14/2018



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000775)

Date:14-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000671 - HOURIA HUSSAIN - 971563322031

The sum of Dhs. One Thousand Two Hundred Sixty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,260.00 / 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](mailto:info@omc1.ae)

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