

File No#: 1000684 Date: 26-6-2024
اسم المريض: _____
Patient Name: sumaya ngmani
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 13-2-1996
Nationality (الجنسية): yemeni
Phone No. (رقم الهاتف): 056-1480730
E. MAIL: _____
How Did You Know About Us? Google

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الاسئلة التالية بدقة:-

1- ما هو الوصف الاسبب لنوع بشرتك ؟

1 - دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار

2- دائمة الاحتراق , عديدة الاسمرار

3 - قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار

4- نادرة الاحتراق , 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 "الايكوتان / الايسوترتينوين " خلال الست اشهر الماضية؟ نعم لا

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

6- هل قمت بنشف او كي او ازالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال الست اسابيع الماضية ؟ نعم لا

7- متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس المباشرة لمدة طويلة او قمت بجلسة تسمير؟

8- هل استخدمت / مين اي مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم لا, ومتى كان آخر استخدام لها ؟

9- هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم لا.

10- هل تم تشخيصك سابقا باي اختلالات او مشاكل هرمونية؟ نعم لا.

11- ماهي المنتجات التي تستخدمونها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟

12- هل اجريت اي عملية ازالة شعر سابقا؟ نعم لا.

للنساء:

13- هل انت حامل؟ نعم لا.

14- هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم لا.

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا سعيدة محمد سعيد بقومي إلى مركز أوركيد 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 بصليلات 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 , التتف , الكريمات, وازالة 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 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 أنني قد قرأت وفهمت محتوى هذا الإقرار. وأني تجاوزت القائمة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حالة عدم بلوعي السن القانوني قبل إجراء العلاج.

التاريخ: 2023

الاسم: سعيدة محمد سعيد نجاف

توقيع المريض: [Signature]

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

بشهادة: _____

Circle areas to be treated:

Other

26/6/18



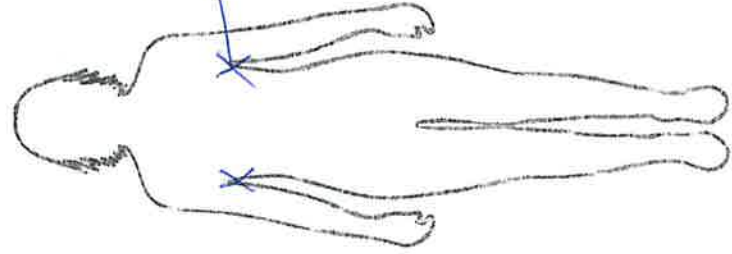
VHL UPPER LIP

FOP NOSE

J/km² STORT, 6 Hz

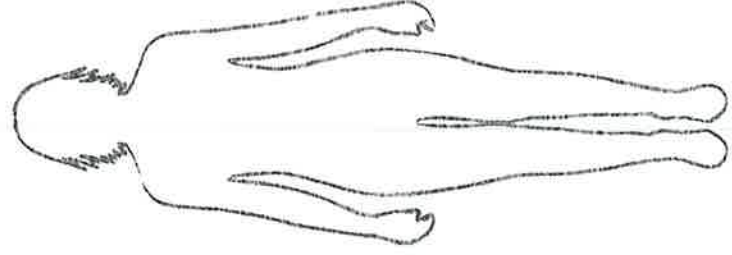
Front

Back



27/6/18

7 J/cm² STORT, 10 Hz



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	Sumeyya,Omer,Moqbal,Noman	IDN:	784199675030409	Mother Name:	
Name (Ar)	سمية عمر مقل نعمان	Card Number:	082227417	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	YEM	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	اليمن		
Issue Date:	22/02/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	22/02/2019	Date of Birth:	13/02/1996	Sponsor Name:	عمر مقل نعمان
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	06234657
Residency Type:	03	Residency Number:	20120173526823	Residency Expiry:	22/02/2019
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

6/26/2018



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000809)

Date:26-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000684 - SUMEIYA NOMAN - 971561480730

The sum of Dhs. Fifty-Two Dirhams and Fifty Filis 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: 26-06-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000815)

Date:27-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000684 - SUMEIYA NOMAN - 971561480730

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **105.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 27-06-2018

Being

Made by Gharda

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

Patient's Name: JUMELYA NOMAJI

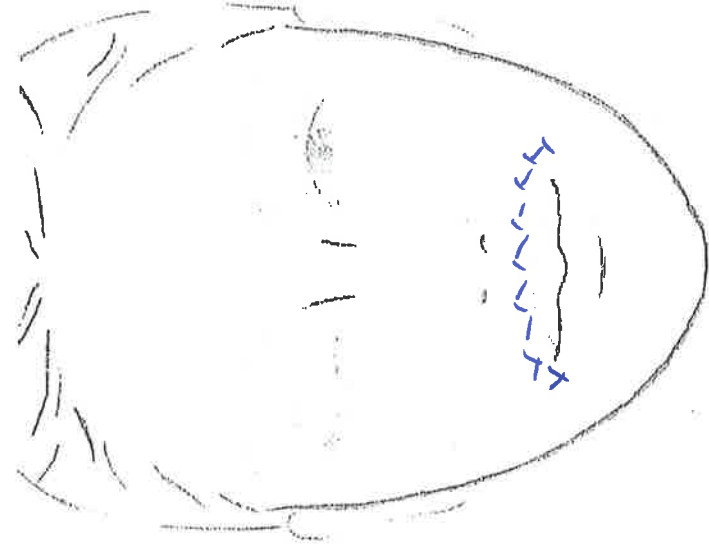
File Number: 1000684

Pain Relief given? Yes / No

إسم المريض

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	15/9/18	4/11/18	16/12/18			
Treatment Area	U.VIP+ UNDERARM	U.VIP	U.VIP			
Hair Type	DARK, COARSE	MEDIUM	THIN			
Mode	FDP	TOP	NO-AG			
Fluence	62J/cm ² , 85J/cm ²	62J/cm ² , 60J/cm ²	18J/10			
Pulse Type	SHORT	SHORT				
GNT Pulse						
Passes	1	1	1			
Starting Time	4:30 PM	4 PM	4:30 PM			
Finish Time	4:55 PM	4:10 PM	4:40 PM			
Post Treatment						

Therapist Name and Signature: BASSIE JAIN



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001246)

Date:15-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000684 - SUMEIYA NOMAN - 971507090446

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: 15-09-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001595)

Date:04-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000684 - SUMEIYA NOMAN - 97152422548

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: 04-11-2018

Being

Made by  Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

52.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001978)

Date:16-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000684 - SUMEIYA NOMAN - 971524222548

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: 16-12-2018

Being

Made by Ghada

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