

File No#: 1000685 Date: 26/6/18
Patient Name: Salwan AlMari اسم المريض: سوان عمار المريخ
Date of Birth (الميلاد): 26-4-84 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): Syrian Marital Status (الحالة الاجتماعية): متزوج
Phone No. (رقم الهاتف): 0503252652
E. MAIL: _____
How Did You Know About Us? Face Book

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 , 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 الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ نعم لا

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

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

6- هل قمت بنشف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال الست أسابيع الماضية؟ نعم لا

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

8- هل استخدم / مين اي مستحضرات تسمير البشرة؟ لا نعم

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

10- هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم لا

11- ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركك حاليا؟

12- هل اجريت اي عملية إزالة 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 سلاف عبد الله 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 بصليات 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 اختلاف 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 بالتشمير 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 الانتفاخ والتشقق من الممكن حدوثه. هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضعة ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع وندرا 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 أني قد قرأت وفهمت محتوى هذا الإقرار. و أني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمرى في حالة عدم بلوغى السن القانوني قبل إجراء العلاج.

التاريخ: 26/6/2018

الاسم: سلاف عبد الله المرعي

توقيع المريض: سلاف عبد الله

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

بشهادة: _____

Circle areas to be treated:

Other

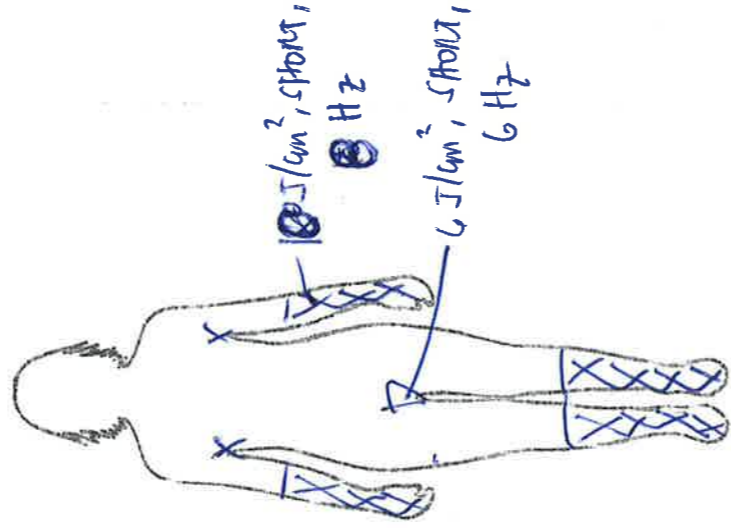
26/6/18

LINE FULL BODY
FDP MODE



Front

Back



REDAD DATA

CAEAIOEBAA830DQXO

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	Salam,Abdullah,Al Mari	IDN:	784198441082546	Mother Name:	
Name (Ar)	سلام عبدالله المري	Card Number:	080580887	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	سوريا	Sex:	F
Issue Date:	25/10/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	23/10/2018	Date of Birth:	26/04/1984	Sponsor Name:	لوى سلمى طوران
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	01414935
Residency Type:	03	Residency Number:	20120143158245	Residency Expiry:	23/10/2018
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

6/26/2018



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000807)

Date:26-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000685 - SALAM almari - 971503252652

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,575.00 / 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

File No#: 1000685

Patient Name: SALAM AL MARI

Date: 26/6/18

اسم المريض:

Date of Birth (التاريخ الميلاد):

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): SYRIAN

Occupation (الوظيفة):

Marital Status (الاجتماعي):

Phone No. (رقم الهاتف): 0503252652

E.MAIL:

How Did You Know About Us?

	الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم/لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
	Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا	
	Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أيستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا	
	Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا	
	Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا	
CVS	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شعكف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا	
	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميحات الدم؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا	
	Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا	
RS	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا	
GU	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا	
	*for ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منتج للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا	
GI	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا	
	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا	
CNS	Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا	
ENDO	Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا	
Other	Other conditions؟ أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc	Yes/No <input checked="" type="radio"/> نعم / <input type="radio"/> لا	



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

Medical Consent Form

I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition, which has been explained to me by the qualified physician.

I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.

I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.

I authorize my treating doctor to perform such procedure, which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as to a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment, there are also risk and hazards to the performance of the diagnostic and /or surgical procedure. I realize that common surgical or diagnostic procedure are potential for an infection, swelling, bleeding and allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full after the completion of each treatment.

I understand that any information that I provide regarding my medical status will be kept completely confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that form has been fully explained to me and that I have read it understand its contents.

Patient Signature/ Guardian (In case of minors):

Date:

Dentist Signature:

نموذج إقرار طبي

أوافق و اسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية والتي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم انه من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل، فإن بعض التخصصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن ان يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما نكر في الفحص الأولي، والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج بإجراء العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرتهم المهنية و العلمية.

أتفهم انه ليس هنالك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم ان هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الاخطار الناجمة عن الفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية. و أتفهم احتمالية حدوث عدوى أو تورم أو نزيف أو حساسية نتيجة للفحص أو الإجراء الطبي

أتفهم ان هنالك رسوم بالحد الأدنى يجب دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب سدادها مباشرة بعد الانتهاء من كل علاج.

إن أي معلومات أقدمها بخصوص حالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر اني امالك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الاقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الاقرار.

توقيع المريض / الوصي : 

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

READ DATA

EAIOEBAA83ODQXO

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	Salam,Abdullah,,Al Mari	IDN:	784198441082546	Mother Name:	
Name (Ar)	سلام عبدالله المري	Card Number:	080580887	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	سوريا		
Issue Date:	25/10/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	23/10/2018	Date of Birth:	26/04/1984	Sponsor Name:	لؤى منسى عمران
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	01414935
Residency Type:	03	Residency Number:	20120143158245	Residency Expiry:	23/10/2018
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

6/26/2018

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: Came for Package

Medical History السجل الطبي

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

Habits: Smoking: /N Alcohol: Y/N Drugs: Y/N

Remarks: _____

Clinical Findings: Stains / & Calculus / some caries

Radiography: _____

Examination: _____

Diagnosis: Gingivitis



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,575.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000807)

Date:26-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000685 - SALAM almari - 971503252652

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,575.00 / 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.aewww.omc1.ae