

File No#: 1000686 Date: 26-6-2018
Patient Name: LATIQA ALTAHERI اسم المريض:
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 22-5-1991 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): U.A.E. Marital Status (الحالة الاجتماعية):
Phone No. (رقم الهاتف): 056-7555431
E. MAIL:
How Did You Know About Us? Google

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الاسبب لنوع بشرتك؟
2- دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار
- 3 - قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
- 4- نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
- 5- بشرة داكنة السمرة

- 2- هل ظهرة لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ لا نعم
- 3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ نعم لا
- 4- هل تناولت عقار "الأكوتان" / الايسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا
- 5- هل استخدمت عقار " ريتين اي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهاليدوكريون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟ نعم لا
- 6- هل قمت بنشف او كي او إزالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال الست أسابيع الماضية؟ نعم لا
- 7- متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس المباشرة لمدة طويلة او قمت بجلسة تسمير؟

- 8- هل استخدم / مين اي مستحضرات تسمير البشرة؟ 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 تستخدمها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟

- 12- هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم لا

للنساء:

- 13- هل انت حامل؟ لا نعم

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

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا لطيف بقدمي 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 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 كالحقن , التنتف , 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 التنتف 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 ستلتشى 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 أتاحت لي الفرصة لاستفسار 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: 2018/7/6

الاسم: لطيف محمد علي الفلهمي

توقيع المريض:



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

بشهادة:

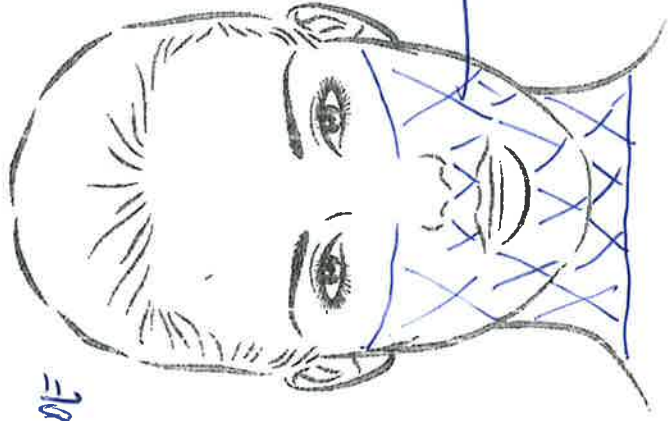
Circle areas to be treated:

Other

Ultr FULL BODY

PP MODE + FDP MODE

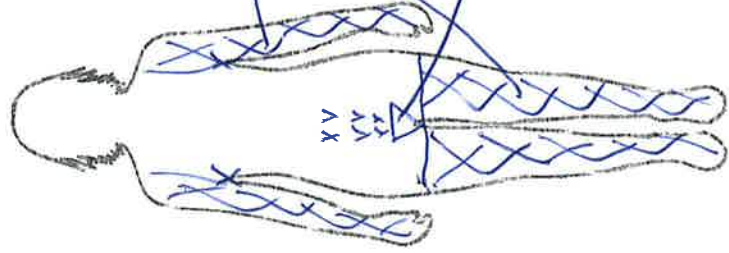
26 / 6 / 18



16 J/cm², BURST X
2 PASSES

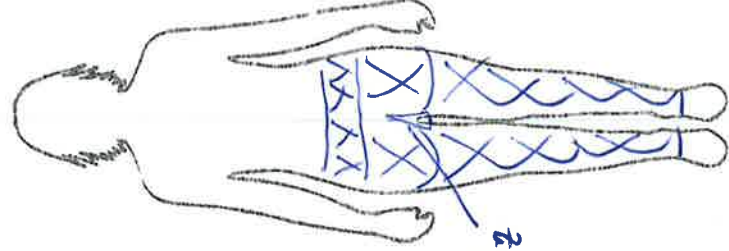
Front

Back



16 J/cm², BURST X
2 PASSES

5 J/cm², SHORT, 6 Hz



REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

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

Name	Latifa,Essa,Mohammad,Ali,Altaheri	IDN:	784199163940390	Mother Name:	Fatima
Name (Ar)	لطيفة عيسى محمد علي الطاهري	Card Number:	078577953	Mother Name (Ar):	فاطمة
Title:		Nationality (Ar):	ARE الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	202010802
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	26/05/2016	Date of Birth:	22/05/1991	Sponsor Name:	
Expiry Date:	05/05/2020	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	02	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	98	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				

Photo



Signature Image

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

6/26/2018



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,995.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000812)

Date:26-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000686 - LATIFA ALTHAHERI - 971567555431

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,995.00 / 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

Patient's Name: **LATIFA AL-THAYERI**

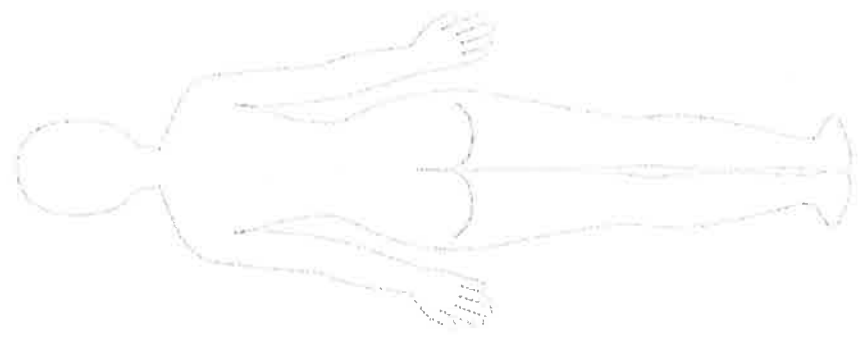
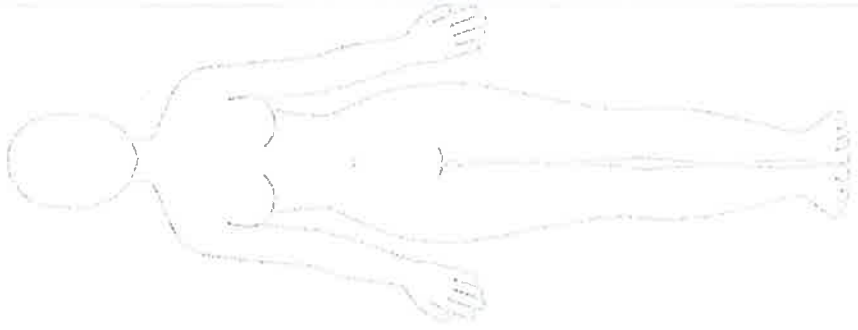
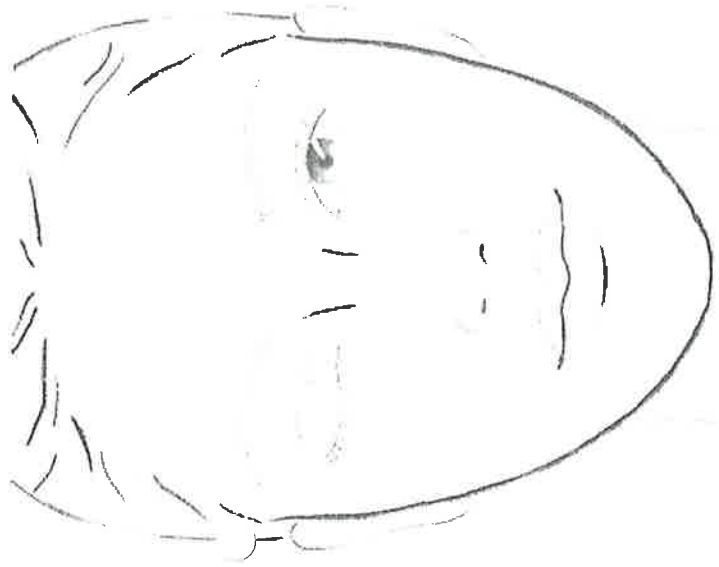
File Number: **1000686**

Pain Relief given? Yes/No **NO**

إسم المريض:

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No



Session 1

6/8/18

Treatment Area: **Full BODY**

Hair Type: **DARK, COARSE**

Mode: **DPI, FOP**

Fluence: **16 J/cm², 6 J/cm²**

Pulse Type: **BURST, SHORT**

CNT Pulse: **2, 1**

Passes: **1 AM**

Starting Time: **3 PM**

Finish Time: **3 PM**

Post Treatment

Session 2

Session 3

Session 4

Session 5

Session 6

Therapist Name and Signature: **BESSIE JAIN**



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

17.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001005)

Date:06-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000686 - LATIFA ALTHAHERI - 971567555431

The sum of Dhs. Seventeen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 17.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-08-2018

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

997.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001004)

Date: 06-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000686 - LATIFA ALTHAHERI - 971567555431

The sum of Dhs. **Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **997.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **06-08-2018**Being **AGAINST INVOICE NO : 2040**Made by **Ghada**

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

997.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001004)

Date:06-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000686 - LATIFA ALTHAHERI - 971567555431

The sum of Dhs. Nine Hundred Ninety-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 997.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-08-2018

Being AGAINST INVOICE NO : 2040

Made by Ghada

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