

File No#: 1000686 Date: 28/05/16
اسم المريض:
Patient Name: Heba Sajed
Date of Birth (الميلاد): 21/11/84
Nationality (الجنسية): Egyptian
Phone No. (رقم الهاتف): 0507592913
E. MAIL: hebesb17@hotmail.com
How Did You Know About Us? _____

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الاسبب لتويع 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 الحمى أو القرحات في منطقة العلاج ؟ نعم لا
4- هل تناولت عقار "الأكوتان" / الإيسوتريتينين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا
5- هل استخدمت عقار " ريتين اي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟ نعم لا
6- هل قمت بنتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة 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 ؟ نعم لا، ومتى كان آخر استخدام لها ؟ _____
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 أنت حامل؟ لا نعم

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

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا صبيح 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 و تعطل 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 , التفتخ , 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 التفتخ 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 تدوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام واقيات الشمس.

أقر أن أي صور قد يتم التقاطها للعلاج ستبقى محمولة الهوية و قد يتم استخدامها للأغراض العلمية والإعلامية.

أقر انه قد أتحت لي الفرصة لاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت وفهمت محتوى هذا الإقرار. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حالة عدم بلوعي السن القانوني قبل إجراء العلاج.

التاريخ: 7/5/2018

الاسم: صبيح

توقيع المريض: [Signature]

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

بشهادة: _____

REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO

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	Heba,Sayed Mohamed,,Gomaa		
Name (Ar)	هبة سيد محمد ,،جوسه		
Title	IDN:	784198471636286	Mother Name:
Title (Ar):	Card Number:	079105388	Mother Name (Ar):
Issue Date:	Nationality:	EGY	Family ID:
Expiry Date:	(Ar):	مصر	
Marital Status:	Sex:	F	Sponsor Type:
Residency Type:	Date of Birth:	02/10/1984	Sponsor Name:
ID Type:	Husband IDN:		Sponsor Number:
	Residency Number:	20120163073585	Residency Expiry:
	Occupation:	10	Occupation Field:
			00



Photo

Signature Image

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

6/28/2018

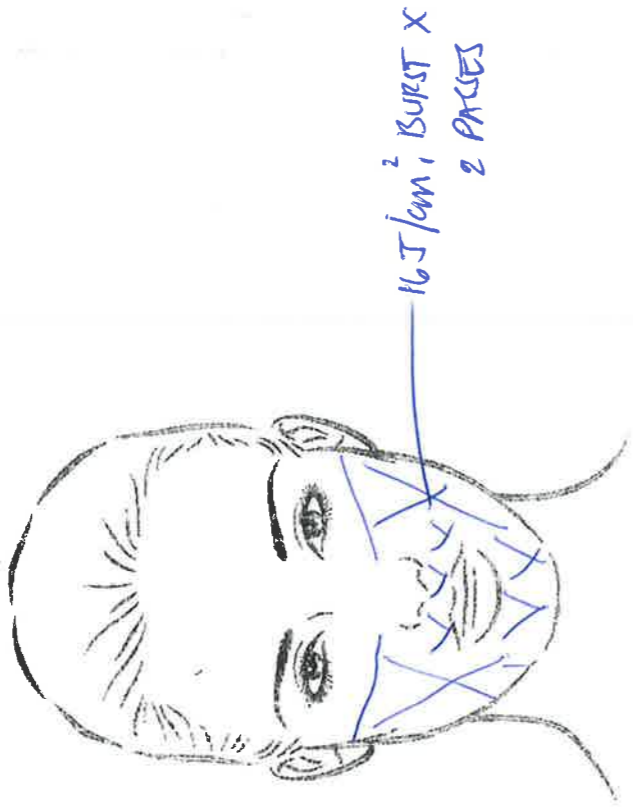
Circle areas to be treated:

Other _____

28/10/18

LHR HAVE FACE

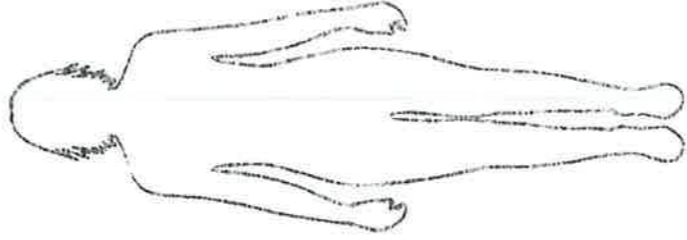
DP1 MODE



Front



Back





مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000818)

Date: 28-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000688 - HIBA GOMAA - 0507593213

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: 28-06-2018

Being

Made by Nancy

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