

File No#: 1000690 Date: 28/6/2018
Patient Name: Sanyar Nawwam اسم المريض:
Date of Birth (الميلاد): 27/11/1981 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): EGYPT الحالة الاجتماعية (Marital Status):
Phone No. (رقم الهاتف): 055194627
E. MAIL:
How Did You Know About Us? Gaoxy

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟ جافة

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 جدر؟ 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 "الأكوتان" / الإيسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟ لا

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

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

7- متى كانت اخر 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 وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم لا

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

11- ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟

لوقا

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 محمدي سيرة نور بقدمي إلى مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها من الأصباغ الموجودة في بصيلات 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 , التنتف , الكريمات , وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تأقيت التعليمات التالية :-

- لا يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات تسمير البشرة لمدة 6-4 أسابيع قبل وبعد العلاج لنفاذي 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 كاملاً 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 ستتلاشى خلال بضعة ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع وندراً 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 للاستفسار 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 أمرى في حالة عدم بلوغى السن القانوني قبل إجراء العلاج.

التاريخ: 20-6-2028
الاسم: محمدي سيرة نور
توقيع المريض: سيرة نور

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

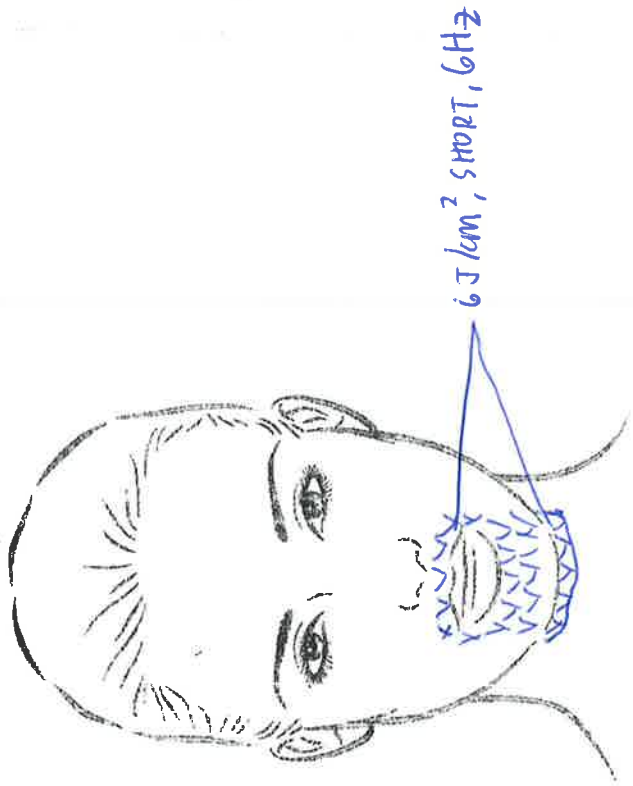
بشهادة: _____

Circle areas to be treated:

Other _____

28/6/18

LHR UPPER LIP + CHIN
FDP MODE



Front



Back



REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO

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	Sahar Mohamed,Abdrabou Nawwam	IDN:	784198165740709	Mother Name:	
Name (Ar)	سحر محمد عبد ربه نعام	Card Number:	079980075	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	06/09/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	03/09/2018	Date of Birth:	27/01/1981	Sponsor Name:	علاء محمود حسين محمد غلاب
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	27807180
Residency Type:	03	Residency Number:	20120123133967	Residency Expiry:	03/09/2018
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	99



Photo

Signature Image

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

6/28/2018



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000819)

Date:28-06-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000690 - SAHAR .NAWWAM - 0551974627

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: 28-06-2018

Being

Made by Nancy

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