

File No#: 1000696 Date: 1/7/2018
Patient Name: wafae lamrabt اسم المريض:
Date of Birth (تاريخ الميلاد): 1/4/1984 Gender (الجنس): M / F
Nationality (الجنسية): Morocco Marital Status (الحالة الاجتماعية):
Phone No. (رقم الهاتف): 0501495255
E. MAIL: _____
How Did You Know About Us? Instagram

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

مُرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟

1 - دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار

2- دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار

3 - قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار

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

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

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

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

_____ More than a week

8- هل استخدم / مين اي مستحضرات تسمير البشرة؟ لا / متى كان آخر استخدام لها؟ _____

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

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

11- ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركك حاليا؟ _____

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

للنساء:

13- هل انت حامل؟ لا نعم

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



إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز ليزر ال Q-Switch أقرا أنا وفاء لهراج بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

■ التقشير الكريونى باستخدام لوشن الكريونو يتبعه التقشير بالليزر هو احد الإمتطبات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع

الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، احمرار الجلد، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تقع الحبوب، توسيع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت، بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معصمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكريون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكريون مما يستهدف الأصبغ الأكثر عتقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكاف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تقشير الشعر.

. إزالة فطريات الاضافر(الوضع A)

. بير إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكروتان) خلال ال6 اشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

. الأمراض الجلدية والالتهابات و الأورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإنز و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

. اليهاق.

أتعهد تماما ان النتائج المتألية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة ان تتحقق بعد الجلسة الاولى. ولا يتضمن الطبيب رضائي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى اهاء خطة العلاج، و انا اتعهد ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي للليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج. وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

أتعهد ان كما هناك منافع للأجراء المطلوب، اتعهد ان الأجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تأخر في فترة الشفاء/ الاكتمال، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة فناء.

أتعهد ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت، تأثيرات مشابهة لتأثيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة ايام فقط، تغيرات صبغية (بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكة، ألم، كدمات، التهاب، ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج. وعلى ايضا ابقاء عياني مغلقان اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة. وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتني وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التوقيع:

التاريخ:

اسم المريض/ولي امر المريض:



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000830)

Date:01-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000696 - WAFAE LAMRABT - 0501495255

The sum of Dhs. One Thousand Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 650.00 / By Credit Card 400.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 01-07-2018

Being

Made by Ghada

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

File No#: 1000696

Patient Name: Wafae lamrabet

Date of Birth: 1/4/1984

Nationality: Morocco

Marital Status: _____

E.MAIL: _____

How Did You Know About Us? Instigrow

Date: 11/7/2018

اسم المريض: _____

Gender (الجنس): M / F

Occupation (الوظيفة): _____

Phone No. (رقم الهاتف): 0501495255

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



مركز أوركييد 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 أسمح 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 التشخيصات و الإجراءات الطبية الإضافية سوف تكون ضرورية لاستكمال العلاج.

وأنا أتفهم أن من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج حالات أخرى أو مختلفة عن ما ذكر 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 أنه ليس هناك أي ضمانات أو أي تأمين لنتائج العلاج كما أتفهم أن هناك مخاطر ناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية، و أتفهم تماما كافة الأخطار 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 هناك 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 ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي.

أقر أنني امتلك المعلومات الكافية لتوقيع هذا الإقرار. و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيل هذا الإقرار.

توقيع المريض / الوصي :

التاريخ:

توقيع الطبيب المختص:

For Doctor's Use Only لاستعمال الطبيب فقط

Weight: _____ Height: _____ Blood Type: _____

Chief Complaint: Yellowish Teeth

السجل الطبي Medical History

Diseases: _____ Medication: _____

Allergies: _____ Pregnancy: _____

Hospitalization: _____ Family History: _____

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

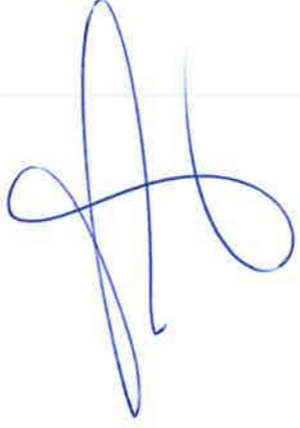
Remarks: Nothing Abnormal

Clinical Findings: _____

Radiography: _____

Examination : Stain

Diagnosis: Staining of teeth



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	Wafae,Lamrabt	IDN:	784198497325914	Mother Name:	
Name (Ar)	وفاة لامرابط	Card Number:	085078900	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	24/08/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	23/08/2019	Date of Birth:	01/04/1984	Sponsor Name:	فان التجاره شن ذم مخرج
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120112208245	Residency Expiry:	23/08/2019
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

7/1/2018



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000830)

Date: 01-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000696 - WAFAE LAMRABT - 0501495255

The sum of Dhs. One Thousand Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 650.00 / By Credit Card 400.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 01-07-2018

Being

Made by Ghada

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

www.omc1.ae