

File No#: 1800701  
Patient Name: HALA AWAD  
Date: 3/7/2018  
اسم المريض:  
Date of Birth (الميلاد): 27/0/53  
Gender (الجنس): M / F  
Nationality (الجنسية): سورية  
Marital Status (الحالة الاجتماعية):  
Phone No. (رقم الهاتف): 55266318  
E. MAIL: halawad@orchid.com  
How Did You Know About Us? via Instagram

### التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

\*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بصرتك؟  
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 سابقًا علامات ندوب أو جدره؟  نعم  لا
- 3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا بسيط (الهريس) أو بثور الحصى أو التقرحات في منطقة العلاج؟  نعم  لا
- 4- هل تناولت عقار "الأكيوتان / الايسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟  نعم  لا
- 5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهاليدوكورون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟  نعم  لا
- 6- هل قمت بنشف او كي او إزالة الشعر بالشمع في منطقة 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؟  نعم  لا  
\_\_\_\_\_

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

10- هل تم تشخيصك سابقًا بأي اختلالات او مشاكل هرمونية؟  نعم  لا  
\_\_\_\_\_

11- ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركك حاليا؟  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12- هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقًا؟  نعم  لا  
\_\_\_\_\_

للنساء:

13- هل انت حامل؟  نعم  لا

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

## إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا \_\_\_\_\_ بقومي إلى مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أفهم 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.

أفهم 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 , النتف , الكريمات, وازالة 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 النتف 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 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 مجهولة 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. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حالة عدم بلوعي السن القانوني قبل إجراء العلاج.

التاريخ: 3-July

الاسم: 419/19

توقيع المريض:

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

بشهادة:

Circle areas to be treated:

Other \_\_\_\_\_



Front



Back





United Arab Emirates  
دولة الإمارات العربية المتحدة

بطاقة هوية مقيم

Resident Identity Card





رقم الهوية / ID Number 784-1986-0817506-7

الإسم: هالا فايز عواد الوردكات

Name: Hala Fayez Awwad Wreikat

الجنسية: الأردني

Nationality: Jordan





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000841)

Date: 03-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000701 - HALA awad - 0552666318

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 210.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-07-2018

Being

Made by Ghada

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)