

File No#: 1000721 Date: 9/7/2018
 Patient Name: Karogha Habib اسم المريض:
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 26/12/1994 Gender (الجنس): M / F
 Nationality (الجنسية): Iran Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single
 Phone No. (رقم الهاتف): 053111782
 E. MAIL: Fs.karogha@kafu.ac.ir
 How Did You Know About Us? TV program

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

- *يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-
 1- ما هو الوصف الاسبب لنوع بشرتك؟
 1 - دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار
 2- دائمة الاحتراق , عبيبة 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 (الهرس) أو بثور الحصى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ نعم لا
 4- هل تناولت عقار "الأكوتان / الايسوترتينونين" خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا
 5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟ نعم لا
 6- هل قمت بتنق 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؟

long time

- 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.

nothing

- 11- ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركك حاليا؟
 12- هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم لا.

للإساءة:

- 13- هل كنت حاملًا؟ نعم لا.

- 14- هل كنت سابقا باجراء علاج دائم للوجه؟ نعم لا.

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا _____ بقومي إلى مركز أوركيد الطبي / المشاركة 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 إنماء 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 اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وأنا على علم بالطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق , التنتف, الكريمات, وازالة بالشمع و الكي. و اني اخترت ازالة الشعر بالليزر .

تقد تلقيت التعليمات التالية :-

. لا يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات تسمير البشرة لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج لتفادي زيادة الأعراض الجانبية.

. يجب تفادي ازالة الشعر بالشمع او التنتف 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 وندرا ما تدوم. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام واقيات الشمس.

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

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

التاريخ: _____.

الإسم: _____.

توقيع المريض: Aisya

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

بشهادة: _____.

Circle areas to be treated:

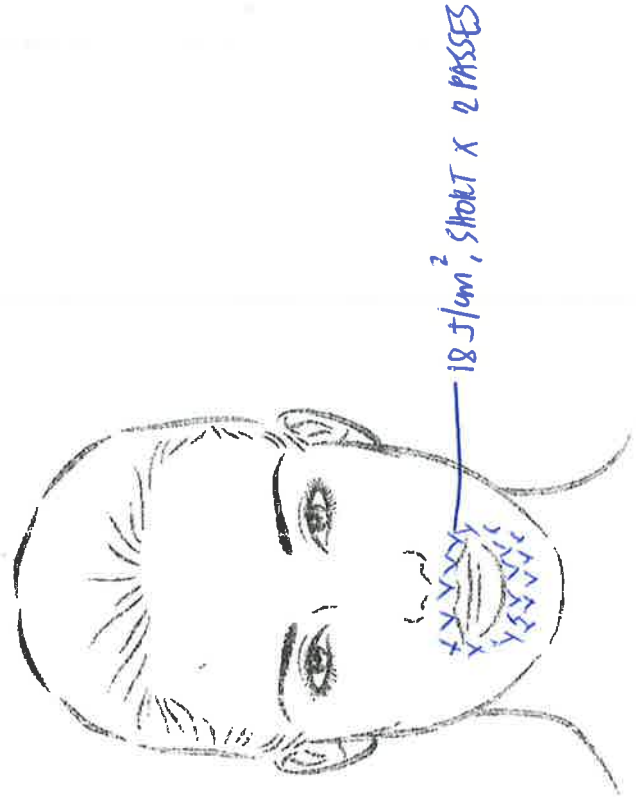
Other

9 JULY 2018

LHR FULL BODY

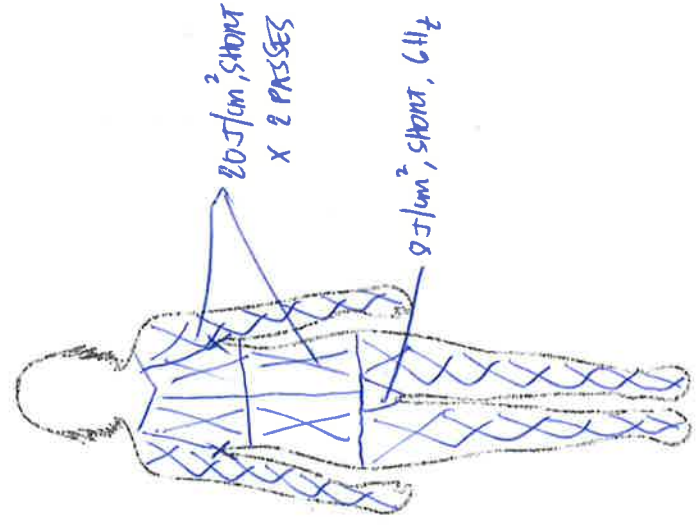
START: 1PM

END: 3:15 PM



18 J/cm², SHORT X 2 PASSES

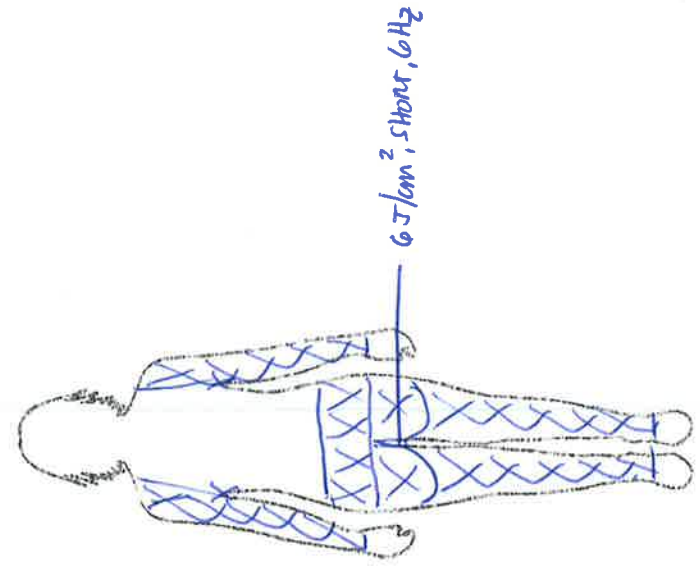
Front



20 J/cm², SHORT
X 2 PASSES

9 J/cm², SHORT, 6Hz

Back



6 J/cm², SHORT, 6Hz

REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

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	Foroogh Habib,Deirestani	IDN:	784199468524311	Mother Name:	
Name (Ar)	فورغ حبیب، دیرستانی	Card Number:	089167093	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	جمهوریة ایران الإسلامية		
Issue Date:	21/05/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	02
Expiry Date:	07/05/2019	Date of Birth:	26/12/1994	Sponsor Name:	ملار ه حسان محمد
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	344992
Residency Type:	03	Residency Number:	20120113125500	Residency Expiry:	07/05/2019
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

7/9/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

2,100.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000875)

Date: 09-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000721 - FOROUGH HABIB - 971551111782

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

By Cash 2,100.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

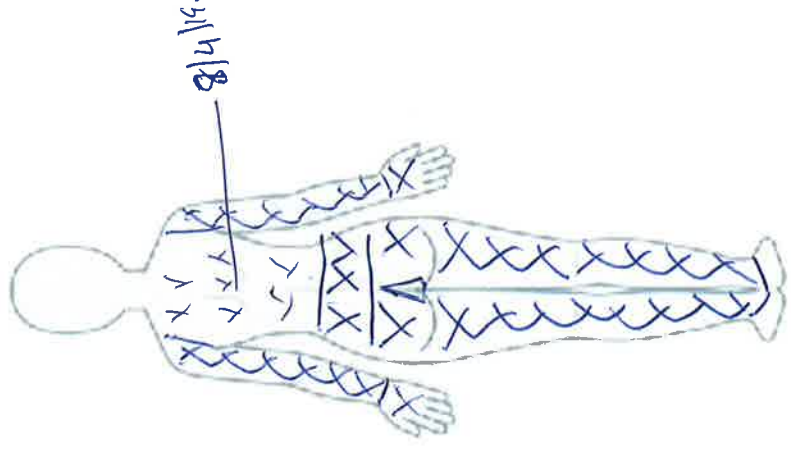
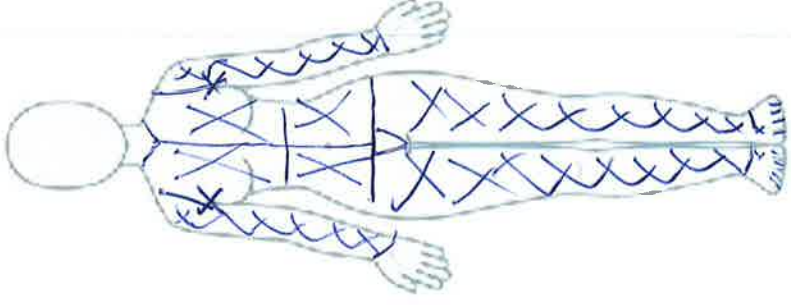
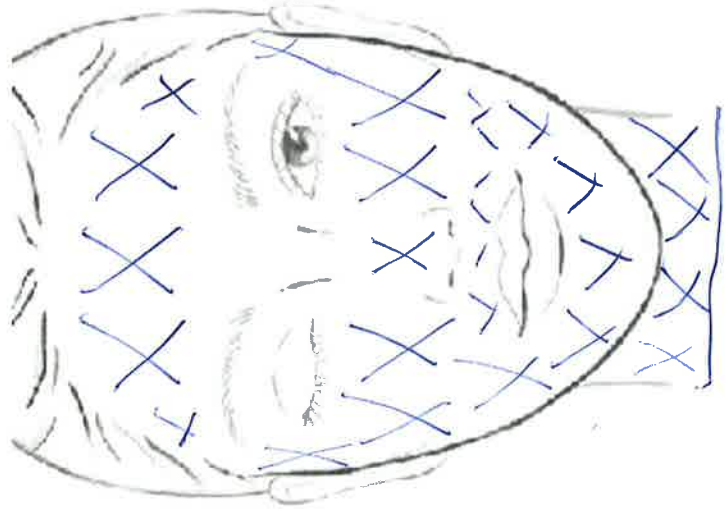
Date: 09-07-2018

Being

Made by Ghada

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

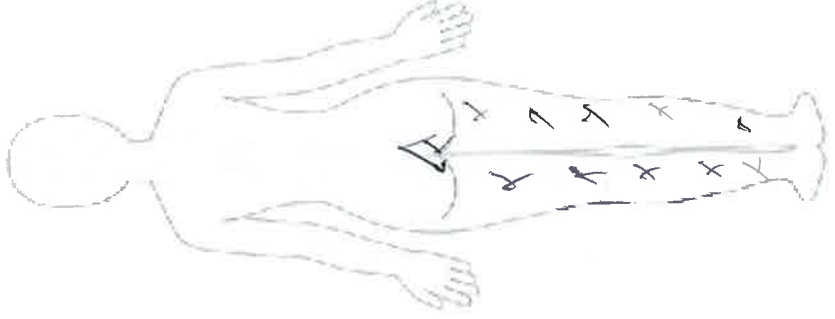
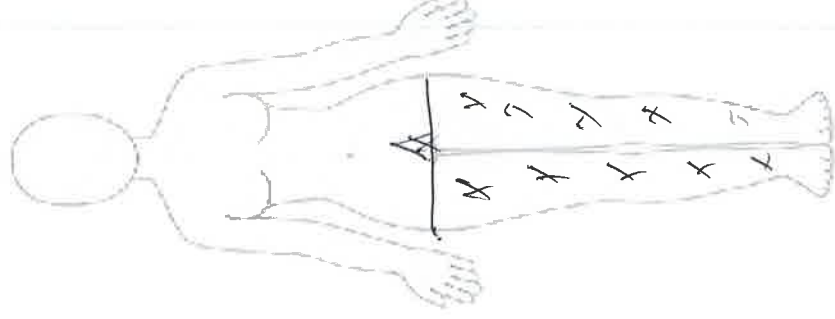
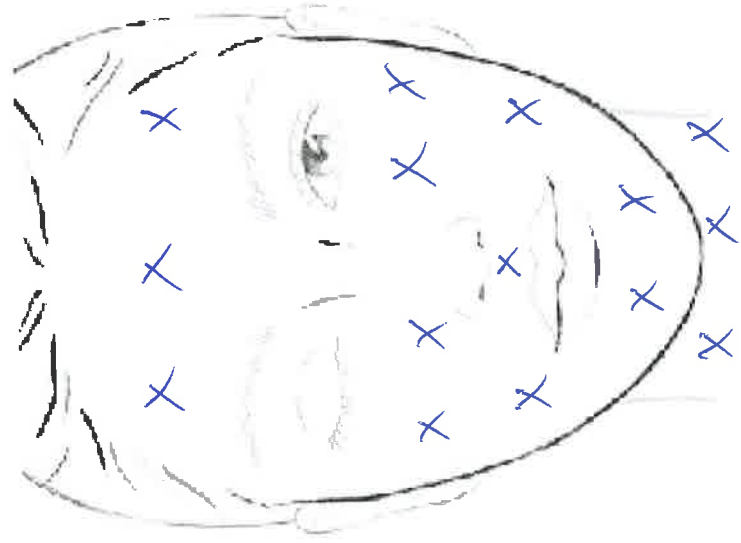
اسم المريض: **FOMODGH HABIB**
 Evaluation and consent form completed? Yes/No
 رقم الملف: **1000721**
 Pretreatment photography taken? Yes/No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	16/9/18	21/10/18	3/1/19	17/1/19	23/1/19	8/4/19
Treatment Area	Full BODY	Full BODY	4-UP UNDERARM FULL KIKING	FACE	FACE Full	Full BODY
Hair Type	DARK, COURSE	DARK, COURSE	MEDIUM	MEDIUM	SOFT	SOFT / M
Mode	DPL, FDP	DPL, FDP	AVEX	AVEX	ALEX SPOT 20	ALEX (20 spot)
Fluence	20 J/cm ² , 8 J/cm ²	25 J/cm ² , 8 J/cm ²	6-7 / 12-15	7 J / 15	8 J / 12 ms	8 J / 10-12 ms
Pulse Type	SHORT	SHORT				
CNT Pulse	2, 1	2, 1	1	1	1	Bike 6/13
Passes						INNER YAK
Starting Time	10:10 AM	12:30 PM	1:30 PM	12:10 PM	2 PM	2 PM
Finish Time	12:10 PM	2:15 PM	2 PM	12:30 PM	2:15 PM	2 PM
Post Treatment			ADDED FULCONA	FUCIDIN H	MEBO	3-3-15
					BEETA	MEBO

Therapist Name and Signature ... **BASSIE**

اسم المريض: **Feroogh Habib**
 Patient's Name:
 رقم الملف:
 File Number:
 تقييم وتخفيف الألم:
 Pain Relief given? Yes / No
 تقييم و الموافقة على إجراء العلاج:
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 تاريخ التصوير قبل العلاج:
 Pretreatment photography taken? Yes / No
2021/11/05



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	06/19	06/19	23/09			
Treatment Area	Face	Back, front	full leg, face and arms			
Hair Type	Medium	Full Arms				
Mode	ALEX	ALEX	Alex, Yag			
Fluence	7J/10-11ms	7J - 9.5-12.8	10, 14/18			
Pulse Type						
CNT Pulse	1	1	1			
Passes						
Starting Time	5:10 pm	4:40 pm	2:30 pm			
Finish Time	5:25 pm	5:15 pm	3 PM			
Post Treatment	FLUORANT		Hydrocort			
			Beut.			

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001256)

Date: 16-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000721 - FOROOGH HABIB - 971551111782

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

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

Bank: _____

Date: 16-09-2018

Cheque No. _____

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

1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001493)

Date: 21-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000721 - FOROOGH HABIB - 971551111782

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

By Cash 50.00 / By Credit Card 1,000.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 21-10-2018

Being AGAINST INVOICE NO: 2091

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

577.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002180)

Date:03-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000721 - FOROOGH HABIB - 971551111782

The sum of Dhs. Five Hundred Seventy-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 577.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-01-2019

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

210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002350)

Date: 17-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000721 - FOROOGH HABIB - 971551111782

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: 17-01-2019

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

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002828)

Date:03-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000721 - FOROOGH HABIB - 97155111782

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **210.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **03-03-2019**Being **FULL FACE DEKA + VAT**Made by **Hiba**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,102.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003270)

Date:08-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000721 - FOROOGH HABIB - 971551111782

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,102.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 08-04-2019

Being **FULL BODY PLUS+ VAT**Made by **Hilba**

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1000721 - FOROOGH HABIB - 971551111782

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003922)

Date:02-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000721 - FOROOGH HABIB - 971551111782

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 02-06-2019

Being **FULL FACE+ VAT**

Made by **Rana**

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : **1000721 - FOROOGH HABIB - 971551111782**

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

www.omc1.ae



مركز أوركيدي الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,102.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004124)

Date:20-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000721 - FOROOGH HABIB - 971551111782

The sum of Dhs. **One Thousand One Hundred Two Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **1,102.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 20-06-2019

Being **FULL BODY PLUS + VAT**Made by **Rana**

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1000721 - FOROOGH HABIB - 971551111782

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