

File No#: 1000722 Date: 9/7/2018  
 Patient Name: Sanooha Moïn اسم المريض:  
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 1417/7/2000 Gender (الجنس): M / F  
 Nationality (الجنسية): India Marital Status (الحالة الاجتماعية):  
 Phone No. (رقم الهاتف): 050 5236232  
 E. MAIL:  
 How Did You Know About Us? Google

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

\*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الاسبب لتويع بشرتك؟  
 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 جدره؟  نعم  لا  
 3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بقور الحصى أو القرحات في منطقة العلاج؟  نعم  لا  
 4- هل تناولت عقار "الأكوتان" / الإيسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟  نعم  لا  
 5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟  نعم  لا  
 6- هل قمت بنتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطة 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؟  
 No

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

التسمير:

13- هل شئت حامل؟  نعم  لا

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

## إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا \_\_\_\_\_ 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 , التنف , 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 التنف قبل العلاج ب6 أسابيع على الأقل.

. الوشم/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 عقاير 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 بضعة ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ونادرا 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 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 بلوغي السن القانوني قبل إجراء العلاج.

التاريخ: \_\_\_\_\_

الاسم: Sameha

توقيع المريض: \_\_\_\_\_

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

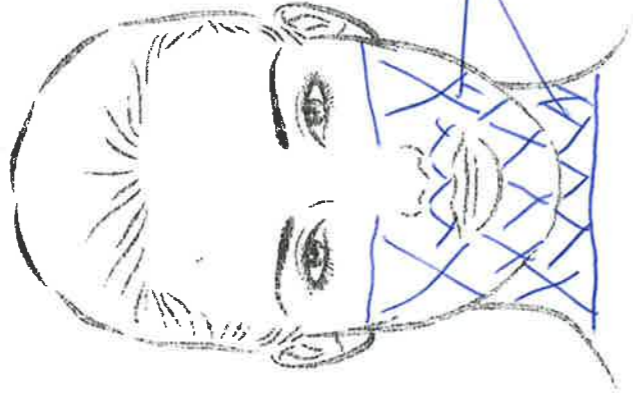
بشهادة: \_\_\_\_\_

Circle areas to be treated:

Other \_\_\_\_\_

LHR FACE

9 JULY 2018



14J/cm<sup>2</sup>, BURST X 2 PASSES

Front



Back





REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQyMl

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**

|                        |                      |                          |                 |                          |                       |
|------------------------|----------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------------|
| <b>Name</b>            | Sanooba Mo'in, Uddin | <b>IDN:</b>              | 784200071805970 | <b>Mother Name:</b>      |                       |
| <b>Name (Ar)</b>       | صنوبه محسن الدين     | <b>Card Number:</b>      | 083841609       | <b>Mother Name (Ar):</b> |                       |
| <b>Title:</b>          |                      | <b>Nationality:</b>      | IND             | <b>Family ID:</b>        |                       |
| <b>Title(Ar):</b>      |                      | <b>Nationality (Ar):</b> | الهند           | <b>Sponsor Type:</b>     | 03                    |
| <b>Issue Date:</b>     | 08/06/2017           | <b>Sex:</b>              | F               | <b>Sponsor Name:</b>     | معين الدين جلال الدين |
| <b>Expiry Date:</b>    | 04/06/2020           | <b>Date of Birth:</b>    | 14/07/2000      | <b>Sponsor Number:</b>   | 06692301              |
| <b>Marital Status:</b> | 01                   | <b>Husband IDN:</b>      |                 | <b>Residency Expiry:</b> | 04/06/2020            |
| <b>Residency Type:</b> | 03                   | <b>Residency Number:</b> | 20120053068457  | <b>Occupation Field:</b> | 00                    |
| <b>ID Type:</b>        | IL                   | <b>Occupation:</b>       | 11              |                          |                       |



Photo

Signature Image

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

7/9/2018



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000877)

Date: 09-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000722 - SANOUBA MOIN - 971505236232

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: 09-07-2018

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)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000920)

Date: 17-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000722 - SANOUBA MOIN - 971505236232

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **105.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 17-07-2018

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)

Patient's Name: Sarabha

اسم المريض

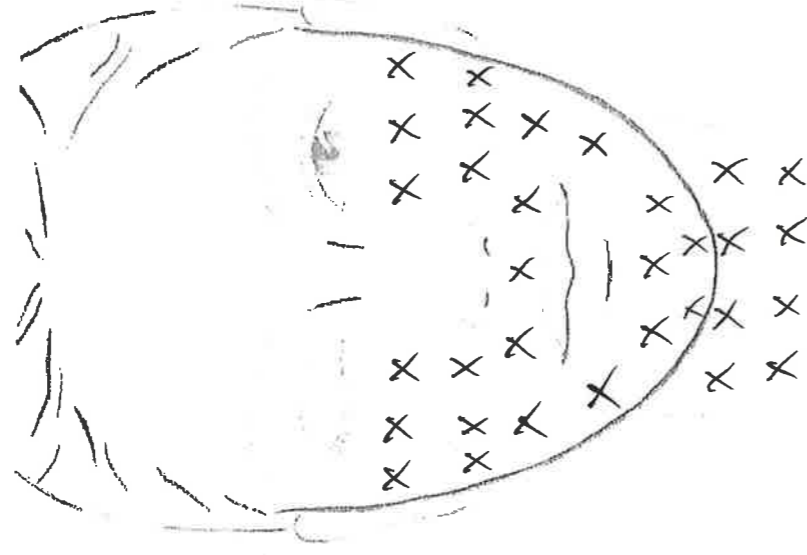
File Number: .....

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No

- 18 J/cm<sup>2</sup>, BURST



|                | Session 1            | Session 2   | Session 3 | Session 4 | Session 5 | Session 6 |
|----------------|----------------------|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Treatment Date | 25/08/18             | 10/2/19     |           |           |           |           |
| Treatment Area | face + neck          | FACE + NECK |           |           |           |           |
| Hair Type      | Coarse               | THICK       |           |           |           |           |
| Mode           | DPI                  | PIVEX       |           |           |           |           |
| Fluence        | 18 J/cm <sup>2</sup> | 6 J/15      |           |           |           |           |
| Pulse Type     | BURST                |             |           |           |           |           |
| GNT Pulse      |                      |             |           |           |           |           |
| Passes         | 2                    | 1           |           |           |           |           |
| Starting Time  | 5:05 PM              | 11:20 AM    |           |           |           |           |
| Finish Time    | 5:20 PM              | 11:40 AM    |           |           |           |           |
| Post Treatment |                      | EXCELLENT   |           |           |           |           |

Therapist Name and Signature .....





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001121)

Date:25-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000722 - SANOoba MOIN - 971505236232

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 315.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-08-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002661)

Date:16-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000722 - SANOUBA MOIN - 971505236232

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 315.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 16-02-2019

Being FULL FACE + NECK LASER

Made by Rana

---

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