

File No#: 1000723
 Patient Name: HAMDI AL ALAMI
 Date of Birth (الميلاد): 3-1-1989
 Nationality (الجنسية): Moroccan
 Phone No. (رقم الهاتف): 0503026916
 E. MAIL: Hamdi-Jamal2002@hotmail.com
 How Did You Know About Us? _____

Date: 9-7-2018
 اسم المريض: Hamdi Al Alami
 Gender (الجنس): M / F
 Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

يُرجى 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 تظهره لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ نعم لا

3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بنور الحصى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ نعم لا

4- هل تناولت عقار "الأكوتان" / الايسوتريتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

5- هل استخدمت عقار " ريتينين أي " أو منتجات حمض الجلاليكوليك أو الهيدروكويزون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟ نعم لا

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

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

وقت طويل

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 او مشاكل هرمونية؟ نعم لا.

11- ماهي المنتجات التي تستخدمونها / تستخدمها ليشركك حاليا؟

لا شيء

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

تلمسها؟

13- هل انت حامل؟ نعم لا.

14- هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم لرموشك؟ نعم لا.

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

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

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طبقة 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 , التنقف , 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 التنقف 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 أتيتحت 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 أمري في حالة عدم بلوعي السن القانوني قبل إجراء العلاج.

التاريخ: 9-7-2016

الاسم: حمدي العلي

توقيع المريض: [Signature]

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

بشهادة: _____

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	Hamdi, Al Alami	IDN:	784198995437369	Mother Name:	
Name (Ar)	حمدي، الطامي	Card Number:	082883671	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	06/04/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	04/04/2019	Date of Birth:	03/01/1989	Sponsor Name:	جروب لايفس لخدمات جوبله القروطن
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120172146454	Residency Expiry:	04/04/2019
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

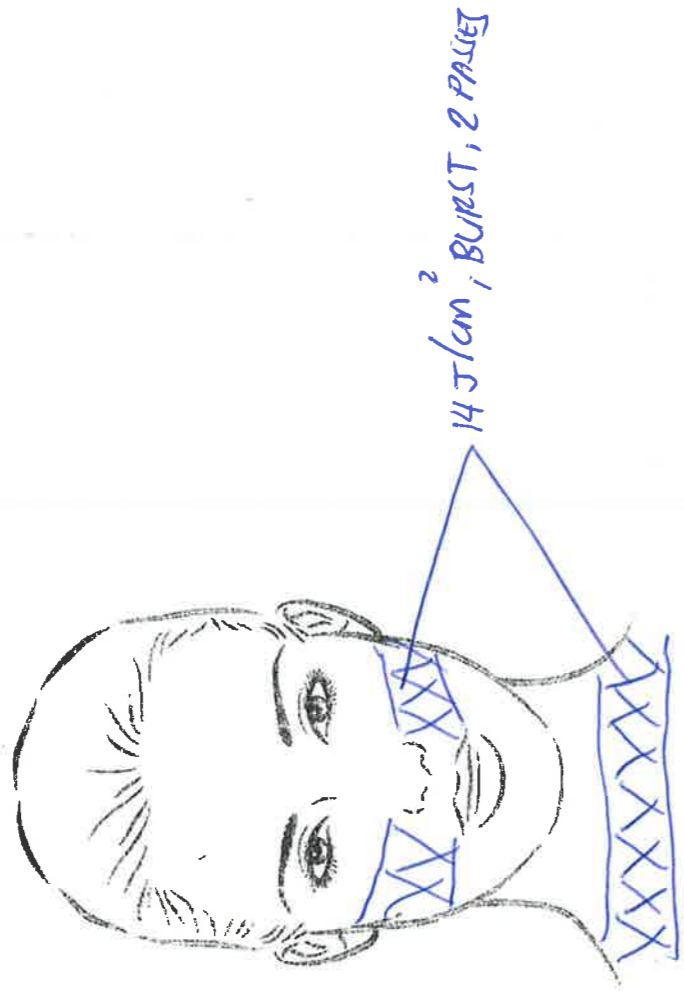
7/9/2018

Circle areas to be treated:

Other

LHR BEYOND LINE +
NECK FRONT + BACK

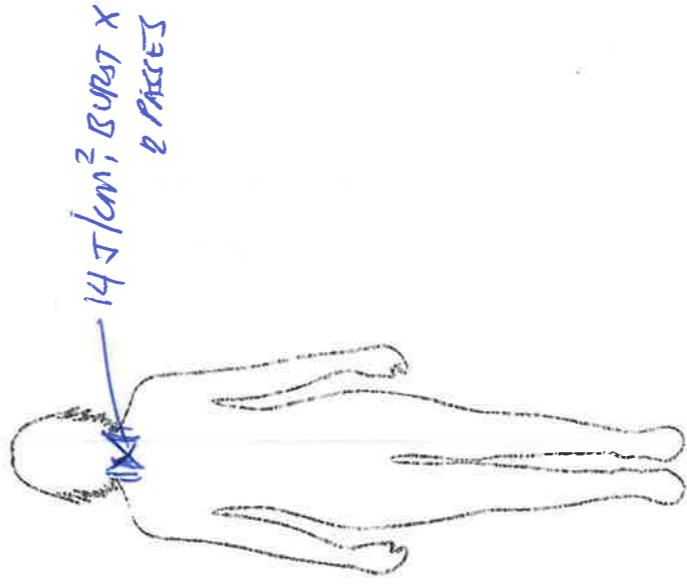
9 JULY 2018



Front



Back





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000878)

Date:09-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000723 - HAMDI AL ALAMI - 971503026916

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

By Cash 315.00 / 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.aewww.omc1.ae