

File No#: 1000724 Date: 9/7/2018  
 Patient Name: WASEEM YOUSUF اسم المريض:  
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 05/08/1986 Gender (الجنس): M / F  
 Nationality (الجنسية): SYRIAN Marital Status (الحالة الاجتماعية):  
 Phone No. (رقم الهاتف): 00962933166  
 E. MAIL:  
 How Did You Know About Us?

### التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

\*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟  
 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 سابقا علامات ندوب أو جدره؟ نعم لا  
 3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهرس) أو بنور 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 الهيدروركوينون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟ نعم لا  
 6- هل قمت بنشف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال الست أسابيع الماضية؟ نعم لا  
 7- متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لإشعة الشمس المباشرة لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟

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.

11- ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركك حاليا؟

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

للنساء:

13- هل انت حامل؟ نعم لا.

14- هل قمت سابقا بانجاب وتكاثر دائم للرجل؟ نعم لا.

## إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا \_\_\_\_\_ بقدمي إلى مركز أوركييد 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 بصيلات الشعر و تعطل 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 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 لزيادة الأعراض الجانبية.

. يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع او التنف 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 ستلاشي 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 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: \_\_\_\_\_

الاسم: وليد لوسى

توقيع المريض: 

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

بشهادة: \_\_\_\_\_

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

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>	Waseem, Yousef, Abo Swaid	<b>IDN:</b>	784198648049132	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	ويستم يوسف ابو سويد	<b>Card Number:</b>	080705562	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	SYR	<b>Family ID:</b>	
<b>Title(Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	سوريا		
<b>Issue Date:</b>	02/11/2016	<b>Sex:</b>	M	<b>Sponsor Type:</b>	06
<b>Expiry Date:</b>	31/10/2018	<b>Date of Birth:</b>	05/08/1986	<b>Sponsor Name:</b>	الإصالة للخدمات والمطلات
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	00
<b>Residency Type:</b>	02	<b>Residency Number:</b>	20120142131726	<b>Residency Expiry:</b>	31/10/2018
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	5132	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo

Signature Image

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

7/9/2018

Circle areas to be treated:

Other \_\_\_\_\_

9 JULY 2018

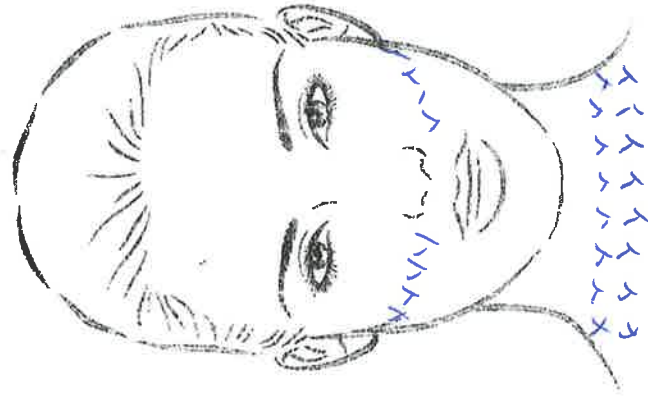
28 | 08 | 18

BEARD LINE: <sup>neck</sup>

F - 18 J/cm<sup>2</sup>

BURST.

2 Passes.



Front



Back







مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000879)

Date:09-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000724 - WASEEM YOUSEF - 971501293366

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: 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

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001139)

Date:28-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000724 - WASEEM YOUSEF - 971501293366

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.

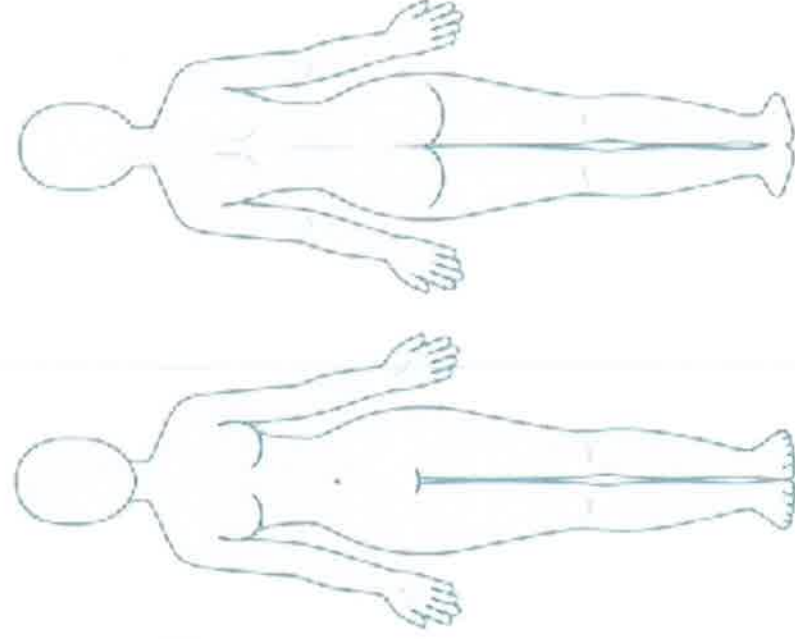
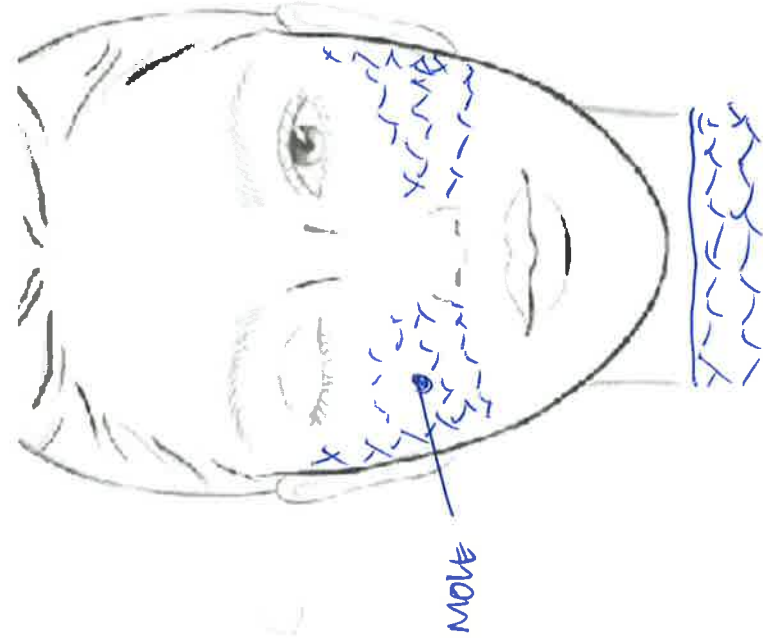
Date: 28-08-2018

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: WASEEM YOUSSEF إسم المريض  
 File Number: 1000714 رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No  No  Yes Pre-treatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	27/9/18					
Treatment Area	BEARD LINE + NECK					
Hair Type	DARK, COARSE					
Mode	DP-I					
Fluence	18 J/cm <sup>2</sup>					
Pulse Type	BUCKET					
CNT Pulse						
Passes	2					
Starting Time	6 AM					
Finish Time	6:30 PM					
Post Treatment	FUCICORT					

Therapist Name and Signature BISSIE JANI





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001330)

Date:27-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000724 - WASEEM YOUSEF - 971501293366

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: 27-09-2018

Being

Made by

Ghaeda

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