

File No#: 1000726 Date: 10/7/2018
 Patient Name: Mahamed Sultan اسم المريض:
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 17/6/1993 Gender (الجنس): M / F
 Nationality (الجنسية): U.a.e Marital Status (الحالة الاجتماعية):
 Phone No. (رقم الهاتف): 0503063041
 E. MAIL: _____
 How Did You Know About Us? Instagram

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

- 1- ما هو الوصف الاسبب لنوع بشرتك ؟
 1 - دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار
 2- دائمة الاحترق , عديمة 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 بنور الحصى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم لا

4- هل تناولت عقار "الإكوتان / الأيسوترتينونين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا

5- هل استخدمت عقار " ريتين اي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكورتونون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟ نعم لا

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

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

_____ قبل 6 اشهر (الليزر)

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 تستخدمها / تستخدمها ليشركك حاليا؟

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

التسمير:

13- هل انت حامل؟ نعم لا.

14- هل قمت سابقا بإجراء حقن حقن دائم للوجه؟ نعم لا.

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا محمد الحارثي بقدمي إلى مركز أوركيذ 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 وتعطل قدرتها على انماء 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 , النتف, 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 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 الانتفاخ 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 واستخدام واقيات الشمس.

أقر أن أي صور قد يتم التقاطها للعلاج ستبقى مجهولة الهوية و قد يتم استخدامها للأغراض العلمية والإعلامية.
أقر انه قد أتاحت 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: 18/11/2023

الاسم: محمد سلطان الحارثي

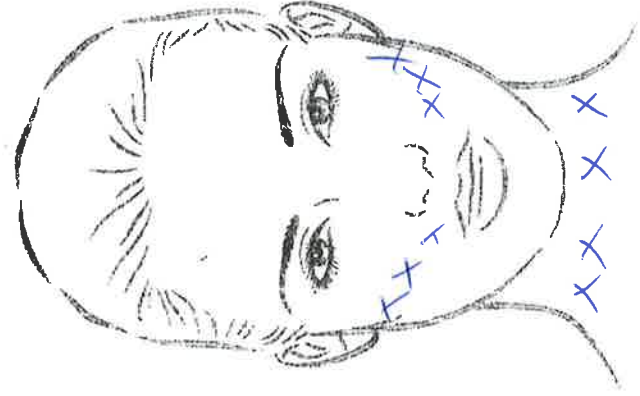
توقيع المريض: محمد سلطان الحارثي

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

بشهادة:

Circle areas to be treated:

Other _____



Front



Back





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000884)

Date: 10-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000726 - MOHAMED SULTAN - 971503063041

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: 10-07-2018

Being

Made by Ghada

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