

File No#: 1000727 Date: 11/7/2018
 Patient Name: Aisha Al Ketbi اسم المريض:
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 21/8/1996 Gender (الجنس): M / F
 Nationality (الجنسية): U.A.E. Marital Status (الحالة الاجتماعية):
 Phone No. (رقم الهاتف): 0508944666
 E. MAIL:
 How Did You Know About Us? Google

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

*يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

1- ما هو الوصف الأنسب لنوع 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 بسيط (الهربس) أو بثور الحنئ أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم لا

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

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

6- هل قمت بننك 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؟

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 باي اختلالات او مشاكل هرمونية؟ نعم لا.

11- ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركك حاليا؟

لاي

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

للنساء:

13- هل تمت حمل؟ نعم لا.

14- هل كنت سابقا باجراء مكياج دائم للوجه؟ 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 طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها من الأصابع الموجهة في بصليات 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 , التفت , الكريمات, وازالة 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 نقادي إزالة الشعر بالشمع او التفت 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 ستتلاشى خلال بضعة 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: _____

الاسم: _____

توقيع المريض: _____

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

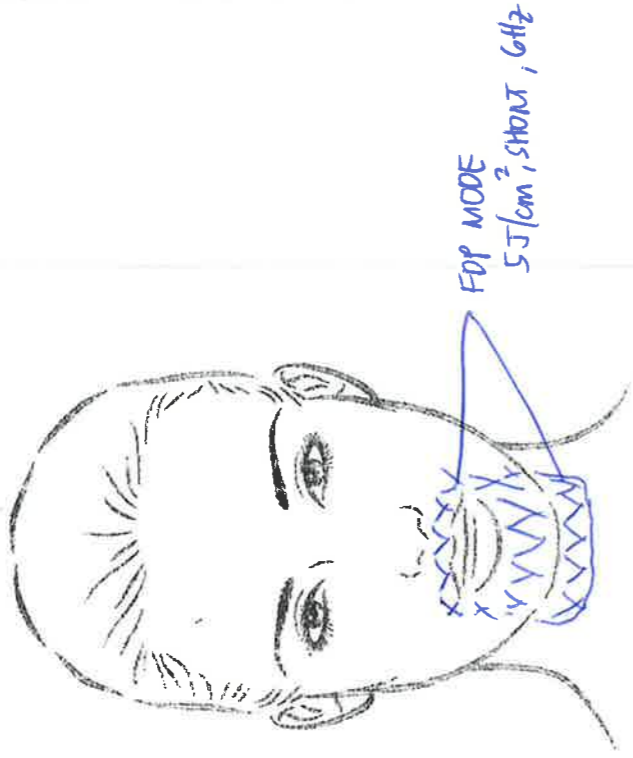
بشهادة: _____

Circle areas to be treated:

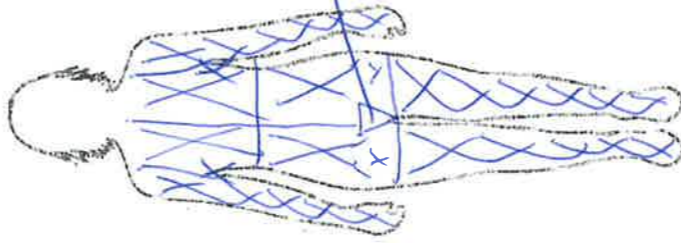
Other

11/7/2018

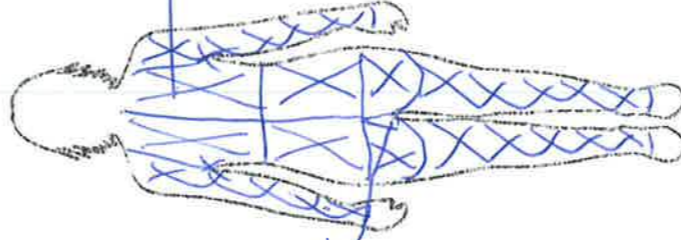
IHR Full BODY
FDP + OP MODE



Front



Back



United Arab Emirates

دولة الإمارات العربية المتحدة

بطاقة هوية



Identity Card



رقم الهوية /
ID Number /
794-1996-2102863-0



الإسم: عائشه سالم علي المنقوج
الكنى

Name: Aisha Salem Ali Almeffayej

الجنسية: الإمارات العربية المتحدة

Nationality: United Arab Emirates



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,470.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000886)

Date:11-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000727 - AISHA ALKETBI - 971508944066

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

By Cash 1,000.00 / By Credit Card 470.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 11-07-2018

Being

Made by Ghada

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