

File No#: 1000733 Date: 11/7/2018
 Patient Name: SHABI MANZOR Gender (الجنس): M / F
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 10/01/1968 Marital Status (الحالة الاجتماعية): _____
 Nationality (الجنسية): _____
 Phone No. (رقم الهاتف): 050 5551406
 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 , عديمة 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 بسيط (الهريس) أو بثور الحصى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ نعم لا
- 4- هل تناولت عقار "الأكوتان" / الأيسوترتينوين " خلال الست أشهر الماضية؟ نعم لا
- 5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهيدروكورتون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج؟ نعم لا
- 6- هل قمت بنشف 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؟

Notes -

- 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.

التوقيع:

13- هل انت حامل؟ نعم لا.

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

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا _____ بقومي 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 بصيلات الشعر و تعطّل 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 , وازالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تأقبت 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 الاقل.
- . 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 أني قد قرأت وفهمت محتوى هذا الإقرار. و أني 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:

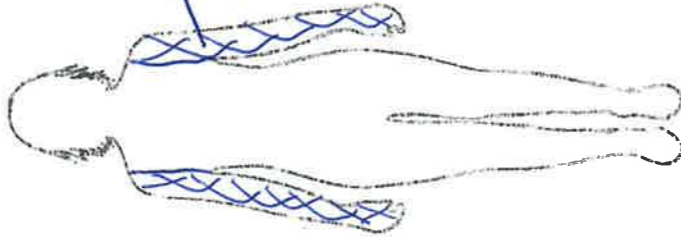
Other

11 JULY 2008

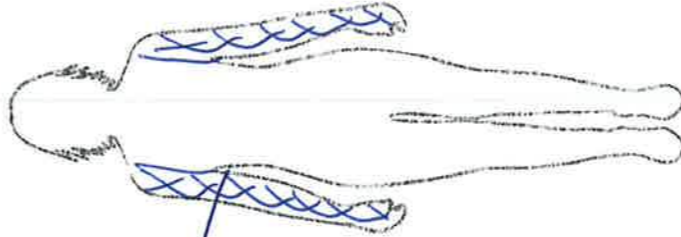
WHR FULL ARMS



Front



Back



ALEX - 8J/15min
22/12/18
Started in
DeKa

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
11/7/2018	WHR FULL ARMS	350		
6/10/18	WHR FULL ARMS → ProFacial done + Mask	50		
22/12/18	WHR full arms & Side lock	350		
26/11	WHR FULL ARMS & SIDE LOCK AKE 8J/15ms.			Boor Amm

Orchid Medical Center
Specialist: Dr. Ghaleb Al-Sayid
MOI License No: 1728
Orchid Medical Center
Specialist: Dr. Ghaleb Al-Sayid
MOI License No: 1728
Orchid Medical Center

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO:

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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	Shabji,Akhtar,Manzoor	IDN:	784196807035959	Mother Name:	
Name (Ar)	شبهي اختر منظر	Card Number:	079281089	Mother Name (Ar):	202008917
Title:		Nationality (Ar):	ARE الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	19/07/2016	Date of Birth:	10/01/1968	Sponsor Name:	
Expiry Date:	19/07/2026	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	02	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	10	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				



Photo

Signature Image

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

7/11/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000890)

Date:11-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000733 - SHABI MANZOOR - 971525551706

The sum of Dhs. Three Hundred Sixty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 367.50 / By Credit Card 0.00 / 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.ae
www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001488)

Date:20-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000733 - SHABI MANZOOR - 971525551706

The sum of Dhs. Three Hundred Sixty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 367.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 20-10-2018

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

367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001489)

Date:20-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000733 - SHABI MANZOOR - 971525551706

The sum of Dhs. Three Hundred Sixty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 367.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

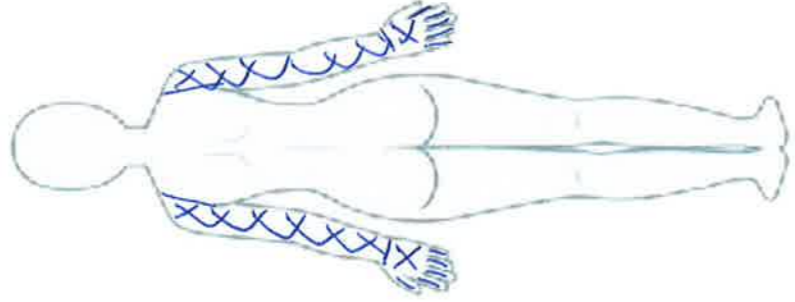
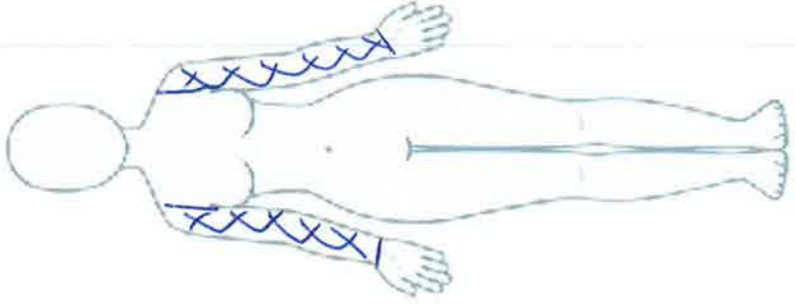
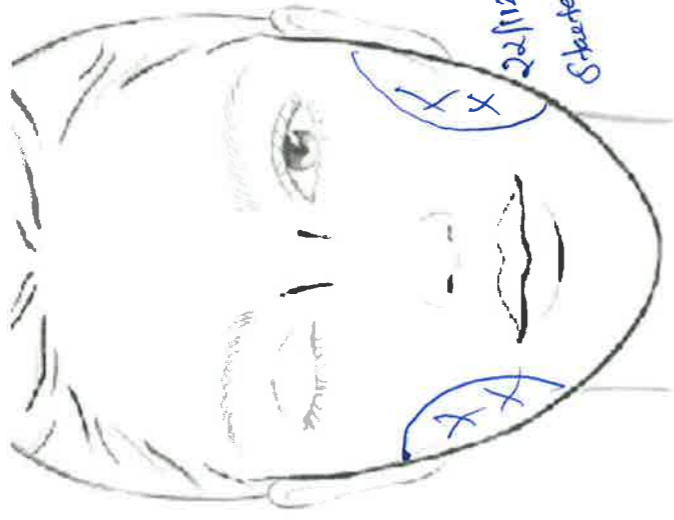
Date: 20-10-2018

Being

Made by Ghada

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

Patient's Name: Shabir Mangoo اسم المريض
 File Number: رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No 100 0733
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	20/10/18	22/12/18	26/1/18			
Treatment Area	FULL ARMS	Full arms, side back	F-ARMS SIDE back			
Hair Type	MEDIUM, DARK	H. Dark	M/SOFT			
Mode	DPL	ALEX	ALEY			
Fluence	20J/cm ²	8/15mP	8/15ms			
Pulse Type	BURST					
CNT Pulse						
Passes	2	1	1			
Starting Time	3PM	6.20pm	6.15M			
Finish Time	3:50PM	6.45PM	6.30 PM			
Post Treatment		Nebo advised				

Therapist Name and Signature ... BUSSELE...Pasha ...



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002028)

Date:22-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000733 - SHABI MANZOOR - 971525551706

The sum of Dhs. Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 472.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 22-12-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002419)

Date:26-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000733 - SHABI MANZOOR - 971525551706

The sum of Dhs. Five Hundred Twenty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 525.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 26-01-2019

Being

Made by Ghada

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