

File No#: 1000741 Date: 14/7/2018
 Patient Name: Jihan Al-Jabany اسم المريض:
 Date of Birth (الميلاد): 14/12/1971 Gender (الجنس): M / F
 Nationality (الجنسية): Jordan Marital Status (الاحتمالية الاجتماعية): _____
 Phone No. (رقم الهاتف): 0507878731
 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 , عديمة الاسمرار _____

3 - قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار _____

4- نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار _____

5- بشرة داكنة السمرة _____

2- هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جرة؟ نعم لا

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

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

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

6- هل قمت بنتف 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؟

منذ 2 ايام

8- هل استخدم / مين أي مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم لا، ومتى كان آخر استخدام لها؟ _____

9- هل لديك اي وثوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم لا

10- هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم لا

11- ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركك حالياً؟

بي بي سوليف

12- هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم لا

التساؤل:

13- هل أنت حامل؟ نعم لا

14- هل قمت سابقاً بأجراء علاج بالليزر؟ نعم لا

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا سحر العليوي بقدمي إلى مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها من الأصباغ الموجودة في بصليات الشعر و تعطل قدرتها على إنماء الشعر.

أفهم 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 , التفت , 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 التفت 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 عقاير 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 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: 14-7-18

الاسم: سحر العليوي

توقيع المريض: [Signature]

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

بشهادة: _____

Circle areas to be treated:

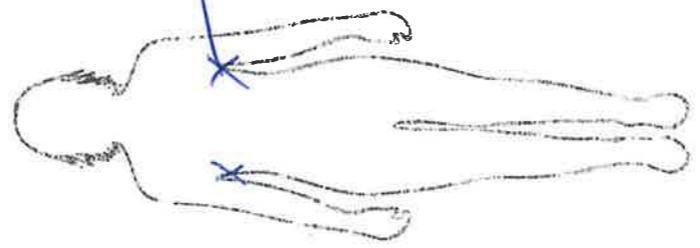
Other

LHR UNDERARM

14 JULY 2018

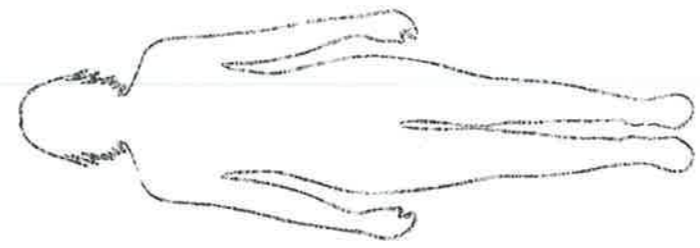


Front



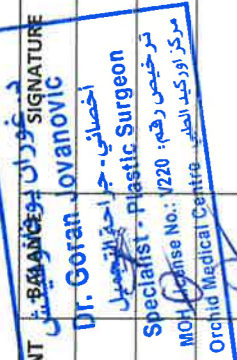


145/60, BUST
X 2 MISSES

Back



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	SIGNATURE
14/7/18	LHR UNDERARM	100	 Dr. Gofar Jovanovic اخصائي جراحة التجميل Specialist - Plastic Surgeon MOH License No.: 1220 مركز اوركيه الطبي Orchid Medical Centre
11/8/18	LHR UNDERARMS	100	
22/9/18	LHR UNDERARMS	100	
13/10/18	LHR UNDERARMS	100	
14/11/18	LHR UNDERARMS	100	
17/1/19	LHR UNDERARMS		
31/10/2018	Les TCA chemical peel - RE - Q switched laser Tx for pigmentation + Q Filler for tear troughs		
	 Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI D50047 Specialist Dermatology		
4/11/2018	Fat deposit of Pt u. chest => Meso. SUPREALL Opml used in I.L Important during sensation		
	 Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI D50047 Specialist Dermatology		

14/11

fy

- Report 100
- Ave - 50 SPF

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	Jihan,Abdaljawad,R,Alajlouny	IDN:	784197157352168	Mother Name:	
Name (Ar)	جهان عبدالجواد رباح العجلوني	Card Number:	086570996	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	05/12/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	26/11/2019	Date of Birth:	17/12/1971	Sponsor Name:	انتش ام امسى الشرق الأوسط ذم مفرغ الشرقه
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	30120172130850	Residency Expiry:	26/11/2019
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

7/14/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000898)

Date: 14-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000741 - JIHAN ALAJLOUNY - 971507878713

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 105.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 14-07-2018

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

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001029)

Date:11-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000741 - JIHAN ALAIOUNY - 971507878713

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 105.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

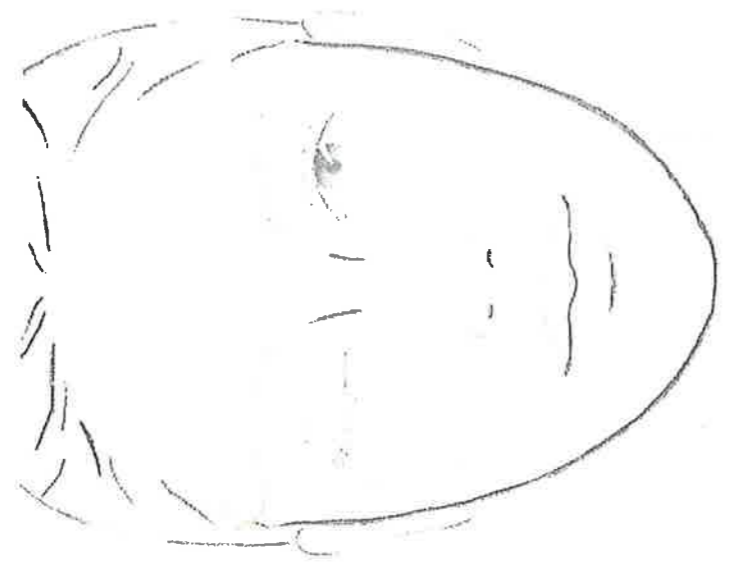
Date: 11-08-2018

Being

Made by Ghada

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

Patient's Name: JITHAN MATIBUNY
 File Number: 1000741
 Pain Relief given? Yes / No
 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	11/9/18	22/9/18	17/10/19	14/11/18	17/11/19	
Treatment Area	UNDERARMAS	UNDERARMAS	UNDERARMAS	UNDERARMAS	UNDERARMAS	
Hair Type	DARK, COURSE	DARK, COURSE	DARK	DARK, MEDIUM	MEDIUM	
Mode	DP1	DP1	DP1	DP1	AVEX	
Fluence	16 J/cm ²	20 J/cm ²	20 J/cm ²	20 J/cm ²	6 J / 13	
Pulse Type	BURST	START	BURST	BURST		
CNT Pulse						
Passes	2	2	2	2	1	
Starting Time	4:20 AM	1 PM	10 AM	5:50 PM	5:50 PM	
Finish Time	4:35 AM	1:10 PM	10:10 PM	6:10 PM	6 PM	
Post Treatment						

Therapist Name and Signature BLESIE JANI



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001296)

Date:22-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000741 - JIHAN ALALLOUNY - 971507878713

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 105.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 22-09-2018

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

105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001461)

Date: 17-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000741 - JIHAN ALAJOUNY - 971507878713

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **105.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 17-10-2018

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

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001708)

Date:14-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000741 - JIHAN ALAJLOUNY - 971507878713

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 105.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 14-11-2018

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

514.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001601)

Date:04-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000741 - JIHAN ALAJLOUNY - 971507878713

The sum of Dhs. Five Hundred Fourteen Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 514.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-11-2018

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

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002353)

Date:17-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000741 - JIHAN ALAJLOUNY - 971507878713

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 105.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 17-01-2019

Being

Made by Ghada

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