

File No#: 1000743 Date: 14/7/2018
 Patient Name: Dina Haridy اسم المريض:
 Date of Birth (الميلاد): 30/4/1993 Gender (الجنس): M / F
 Nationality (الجنسية): EGYPT Marital Status (الحالة الاجتماعية):
 Phone No. (رقم الهاتف): 0509095789
 E. MAIL:
 How Did You Know About Us? face book

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 , عديدة الاسمرار

3 - قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار

4- نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار

5- بشرة داكنة السمرة

6- هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدر؟ لا نعم لا

7- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو القرحات في منطقة العلاج؟ لا نعم لا

8- هل تناولت عقار "الأكورتان / الإيسوترتينوين" خلال الست أشهر الماضية؟ لا نعم لا

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

10- هل قمت بنتف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال الست أسابيع الماضية؟ لا نعم لا

11- متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس المباشرة لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟

3 weeks

12- هل استخدم / مين اي مستحضرات تسمير البشرة؟ لا نعم لا متى كان آخر استخدام لها؟

13- هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ لا نعم لا

14- هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ لا نعم لا

15- ماهي المنتجات التي تستخدمونها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟

16- هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ لا نعم لا

للإشارة:

17- هل أنت حتميا؟ لا نعم لا

18- هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ لا نعم لا

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام جهاز ليزر ال Q-Switch أقر أنا _____

■ التفسير الكروني باستخدام لوشن الكرونيو يقيمه التفسير بالليزر هو أحد الإستراتيجيات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع

الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمترتبة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إحصار الجلد، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، التئوب التي تتبع الحبوب، توسيع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت، بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مرآجة كل 3-6 اشهر.

■ التفسير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم بالتفسير بدون استخدام لوشن الكرونيو، بينما التفسير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكرونيو مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الاضافر (الوضع A)

. بئر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكيوثان) خلال ال6 اشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

. الأمراض الجلدية والإتهابات و الأورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإنز و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(كون التئوب الجلدية)

. البهاق.

أتعهد تماما ان النتائج المتأليه تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة أن تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى إنهاء خطة العلاج، و انا اتعهد ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي للليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج، وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

أتعهدم ان كما هناك منافع للجراء المطلوب، اتعهد ان الإجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الانتعاش، ماعدا التفسير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

اتعهد ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت، تأثيرات مشابهة لتأثيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة ايام فقط، تغيرات صبغية (بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكة، ألم، كدمات، التهاب، نبوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . و على ايضا ابقاء عياني مغطاان اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة، وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتني وقد وقعت على هذا الإقرار بكامل ارادتي.

التوقيع:

التاريخ:

دينا هسي الدين

اسم المريض/لوي امر المريض:

REDAD DATA

cAEAIOEBAA830DQxO*

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	Dina,Mohyeldin,Mohamed,,Haridy	IDN:	784199358753616	Mother Name:	
Name (Ar)	دينا دحي الفيل ومحمد و هريدي	Card Number:	089161179	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	مصري		
Issue Date:	21/05/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	19/05/2020	Date of Birth:	30/04/1993	Sponsor Name:	نهاد محمود سيد علي
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	0169179761
Residency Type:	03	Residency Number:	20120163081661	Residency Expiry:	19/05/2020
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

7/14/2018



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000901)

Date: 14-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000743 - DINA HARIDY - 971509095789

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 315.00 / By Credit Card 0.00 / 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