

File No#: 1000745 Date: 15/7/2018
 Patient Name: Asmaa Aly اسم المريض:
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 8/5/1986 Gender (الجنس): M / F
 Nationality (الجنسية): PALESTINIAN Marital Status (الحالة الاجتماعية):
 Phone No. (رقم الهاتف): 0528440226
 E. MAIL: Instigam
 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 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 نوب أو جرة ؟ لا نعم
 3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهريس) أو بثور الحصى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ لا نعم
 4- هل تناولت عقار "الأكوتان" / الایسوتریتونین " خلال الست أشهر الماضية؟ لا نعم
 5- هل استخدمت عقار " ريتين أي " أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهاليدوكورونون (مادة مبيضة) في منطقة العلاج ؟ لا نعم
 6- هل قمت بنشف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال الست أسابيع الماضية ؟ لا نعم
 7- متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس المباشرة لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟

_____ لم أستخدم

- 8- هل استخدم / مين اي مستحضرات تسمير البشرة ؟ لا , ومتى كان آخر استخدام لها ؟ _____
 9- هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟ لا نعم
 10- هل تم تشخيصك سابقا باي اختلالات او مشاكل هرمونية ؟ لا نعم

11- ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها لبشرتك حاليا؟

_____ ضئلين

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

التسمير:

- 13- هل أنت حامل؟ لا نعم

- 14- هل قمت سيقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ لا نعم

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 بصليات الشعر و تعطل 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 كالحقن , 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 الإنتفاخ والتشقق من الممكن حدوثه. هذه الأعراض الجانبية ستلاشى 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 أتاحت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و اني قد قرأت وفهمت محتوى هذا الإقرار. واني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حالة عدم بلوعي السن القانوني قبل إجراء العلاج.

التاريخ: 12/7/11

الاسم: أسماء أبو صبحان

توقيع المريض:

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

بشهادة:

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

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

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

الحمراء والبنية غير المرغوب بها و المرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت، بشكل عام ينصح ب-3 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 أسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

■ التفسير الناعم وزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتفسير بدون استخدام لوشن الكرونو، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكرونو مما يستهدف الأصبغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب-6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تقشير الشعر.

. إزالة فطريات الاضافر (الوضع A)

. بئر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستصصال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكروتان) خلال الـ6 اشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

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

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجارية)

. البهاق.

أفهم تماما ان النتائج المتألية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوحة ان تتحقق بعد الجلسة الاولى. و لا يتضمن الطبيب رضائي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الي انهاء خطة العلاج و انا افهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الي 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 والعاية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

أفهمم ان كما هناك منافع لاجراء المظلوب، افهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الالتئام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

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

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلى ايضا ابقاء عياني مغلقان اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برده فعل ومضاعفات التخدير.

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

التوقيع:

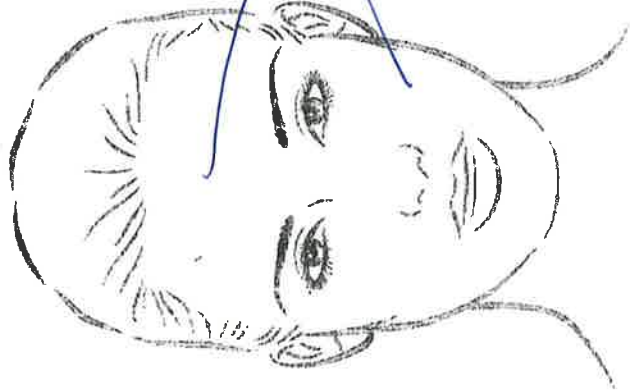
التاريخ:

اسم المريض/لوي امر المريض:

Circle areas to be treated:

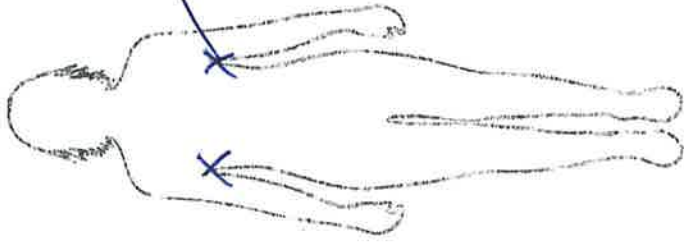
Other _____

15 JULY 2018



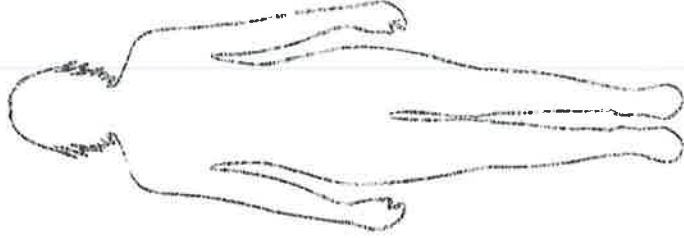
CARBON PEEL
FR 250, Q 500, PTP 600

Front



14 J/cm², BURST X
2 PASSES

Back



United Arab Emirates
Driving License
دولة الإمارات العربية المتحدة
رخصة قيادة

333505
رقم الرخصة

ASMAA ALY GAMIL ABUSHABBAN
اسماء علي جميل ابوشبان

PALESTINIAN
فلسطين



08-08-1986
تاريخ الميلاد

06-12-2004
تاريخ الاصدار

21-12-2022
تاريخ الانتهاء

SHARJAH
شجيرة

Ministry of Transport
RITR314037
سلطة النقل
Licensing Authority





مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

420.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000904)

Date:15-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000745 - ASMAA ALY - 971528440226

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

By Cash 420.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 15-07-2018

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

420.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001040)

Date: 13-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000745 - ASMAA ALY - 971528440226

The sum of Dhs. **Four Hundred Twenty Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **420.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

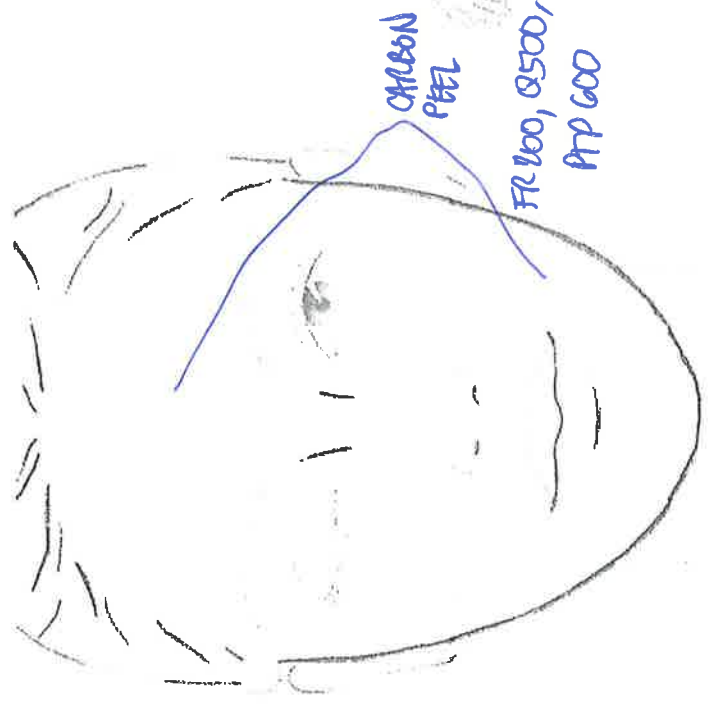
Date: 13-08-2018

Being

Made by Ghada

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

Patient's Name: ASUNKA ALY إسم المريض
 File Number: 1000345 رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No ✓ Evaluation and consent form completed? Yes / No ✓
 Pretreatment photography taken? Yes / No ✓



	Session 1	Session 2	Session 3
Treatment Date	13/8/18	20/9/18	18/10/18
Treatment Area	UNDERARM	UNDERARM	UNDERARM
Hair Type	PAYL, COARSE	PAYL, COARSE	WAX
Mode	DPZ	DPZ	DPZ
Fluence	14 J/cm ²	16 J/cm ²	20 J/cm ²
Pulse Type	BURST	BURST	SHORT
CNT Pulse			
Passes	2	2	2
Starting Time	10:30 AM	10:10 AM	10:10 AM
Finish Time	10:30 AM	10:20 AM	10:20 AM
Post Treatment			

Session 4

Session 5

Session 6

Therapist Name and Signature BESSIE JANE



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001286)

Date:20-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000745 - ASMAA ALY - 971528440226

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

Bank: Cheque No.

Date: 20-09-2018

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

105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001470)

Date: 18-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000745 - ASMAA ALY - 971528440226

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 18-10-2018

Being

Made by Ghada

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