

File No#: 1000746 Date: 17/1/2018
 Patient Name: Raghad Ali اسم المريض:
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 24/1/1994 Gender (الجنس): M / F
 Nationality (الجنسية): Palestinian Marital Status (الحالة الاجتماعية):
 Phone No. (رقم الهاتف): 0528490226
 E. MAIL:
 How Did You Know About Us? INSTAGRAM

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 أي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو الثور الحثى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ نعم لا

4- هل تناولت عقار "الأكوتان" / الايسوترتينوين " 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 او كي او إزالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال الست اسابيع الماضية؟ نعم لا

7- متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس المباشرة لمدة طويلة او قمت بجلسة تسمير؟

لم أتعرض

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 او مشاكل هرمونية؟ نعم لا

11- ماهي المنتجات التي تستخدمتها / تستخدمها ليشرتك حاليا؟

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

للشعر:

13- هل انت حامل؟ نعم لا

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

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا يغري علي أبو سطران بقدمي 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 كالحلق , التنتف , 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 التنتف قبل العلاج ب6 أسابيع على الاقل.

. الوشم/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 عقاقر 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 أتحت لي الفرصة للاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أنني قد قرأت وفهمت محتوى هذا الإقرار. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حالة عدم بلوعي السن القانوني قبل إجراء العلاج.

التاريخ: 2018/7/15

الاسم: يغري علي

توقيع المريض: Raghad

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

بشهادة: _____

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز ليزر ال Q-Switch أقر أنا رعدي على أبو صبحان بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

التقشير الكريوني باستخدام لوشن الكربونو يتبعه التقشير بالليزر هو أحد الاستطبات لإعادة نضارة البشرة ، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد ،خطوط الوجه والتندود الصبغي (البقع

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

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكربون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكربون مما يستهدف الأصبغ 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.

. تقشير الشعر.

. إزالة فطريات الاضافر(الوضع A)

. بئر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عطر الأيسوتريتينوين (الأكوتان) خلال ال6 اشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

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

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالليزر والتهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

. البهاق.

أنتهم تملأنا ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوحة لن تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الفرح لي عن الحاجة الي انهاء خطة العلاج، و انا اتفهم 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 والعناية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

أفهم ان كما هناك منافع للجاء المطلوب، اتفهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/الانتام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الي فترة شفاء.

اتفهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت، تأثيرات 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 حك، ألم،كدمات،تهاب،توب او انتقال.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلى ايضا ابقاء عينايا مغلقتان 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 الاقرار بكامل ارادتي.

التوقيع:

التاريخ:

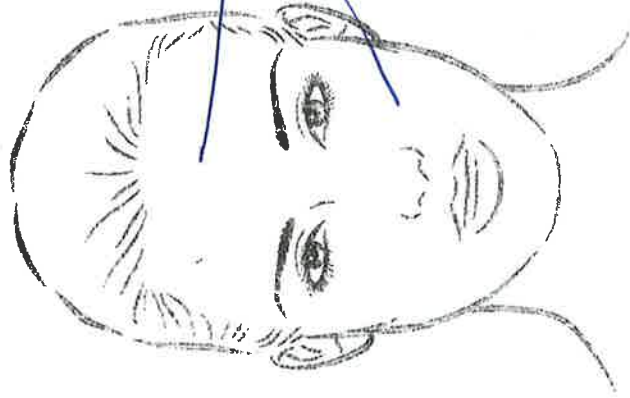
اسم المريض/ولي امر المريض:

Raghad

Circle areas to be treated:

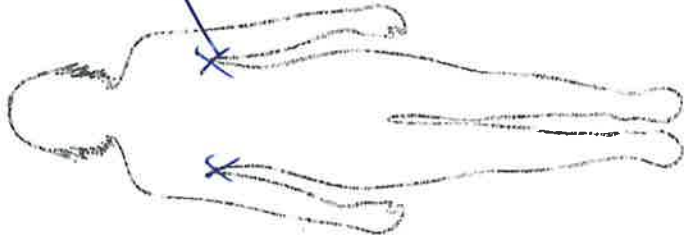
Other:

15 JULY 2018



CARBON PEARL
FR 250, Q 500, PTP 600

Front



LITTLE UNDERARM
16 J/Am², BURST x
2 PASSES

Back





جامعة عجمان
AJMAN UNIVERSITY

رغد علي جميل ابو شهبان

Raghad Ali Gamil Abou Shaban

المهندسة المعمارية

Architectural Engineering

Ajman Campus



Student ID
201220484

Expiry Date
16/08/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

420.00

RECEIPT_VOUCHER (No.REC-000905)

Date:15-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000746 - RAGHD ALY - 0528440226

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.aewww.omc1.ae



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001039)

Date:13-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000746 - RAGHD ALY - 0528440226

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: 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: RAGHAD AMI

File Number: 1000746

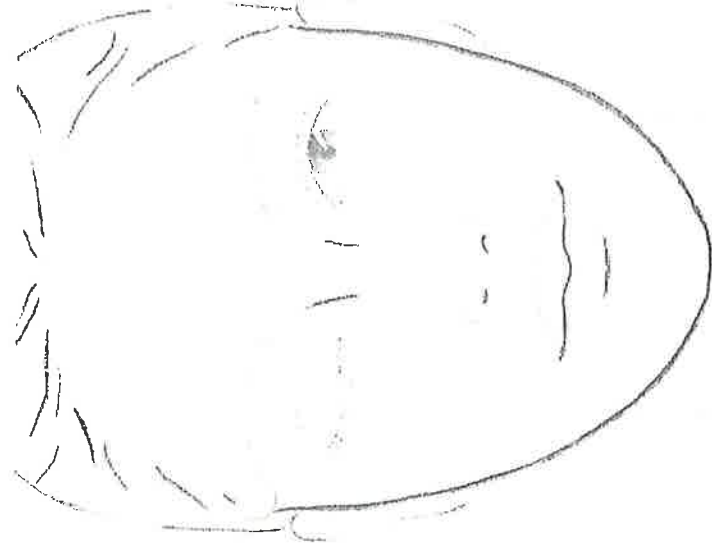
Pain Relief given? Yes / No ✓

رقم الملف:

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No

إسم المريض:



Session 1

Treatment Date

15/8/18

Treatment Area

UNDER ARM

Hair Type

DARK, COARSE

Mode

DPI

Fluence

16 J/cm²

Pulse Type

BURST

CNT Pulse

12

Passes

Starting Time

10:40 AM

Finish Time

10:50 AM

Post Treatment

Session 2

Session 3

Session 4

Session 5

Session 6

Therapist Name and Signature BESSIE JANI