

File No#: 1000749 Date: 15/7/2018
 Patient Name: Kawther Hassoon اسم المريض:
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 13/5/1970 Gender (الجنس): M / F
 Nationality (الجنسية): Iraq Marital Status (الحالة الاجتماعية): _____
 Phone No. (رقم الهاتف): 0555632870
 E. MAIL: _____
 How Did You Know About Us? Google

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

2- هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ لا نعم

3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بثور الحصى أو التقرحات في منطقة العلاج ؟ لا نعم

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

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

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

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

8- هل استخدم / مين اي مستحضرات تسمير البشرة ؟ لا نعم متى 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 ليشركت حاليا؟

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

التسمير:

13- هل التت حاليا؟ لا نعم

14- هل قمت سابقا بإجراء بكيلاج 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 وتعطل قدرتها على إنماء 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 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 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 أتيتحت 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 بون السن القانوني): _____

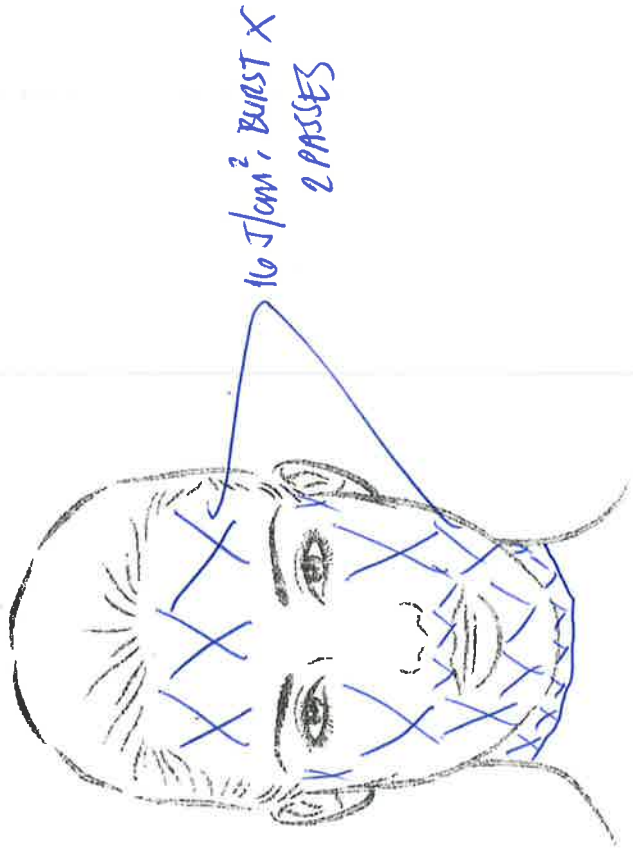
بشهادة: _____

Circle areas to be treated:

Other _____

15/7/18

Ultrasonic



Front



Back



United Arab Emirates
Driving License

دولة الإمارات العربية المتحدة
رخصة قيادة

رقم الرخصة
539110

الاسم
كواثر عبداي حسون
Name: **KAWTHER OBAID HASSOON**

الجنسية
العراق
Nationality: **IRAQ**

تاريخ الميلاد
13-05-1970
Date of Birth: **13-05-1970**

تاريخ الإصدار
09-05-2013
Issue Date: **09-05-2013**

تاريخ الانتهاء
08-05-2023
Expiry Date: **08-05-2023**

جهة الإصدار
شارجها
Place of Issue: **SHARJAH**

مركز الترخيص
MITR310113
Issuing Authority



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000910)

Date:15-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000749 - KAWTHAR HASSOON - 971555632870

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 210.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 15-07-2018



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001558)

Date: 29-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000749 - KAWTHAR HASSOON - 971555632870

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 210.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

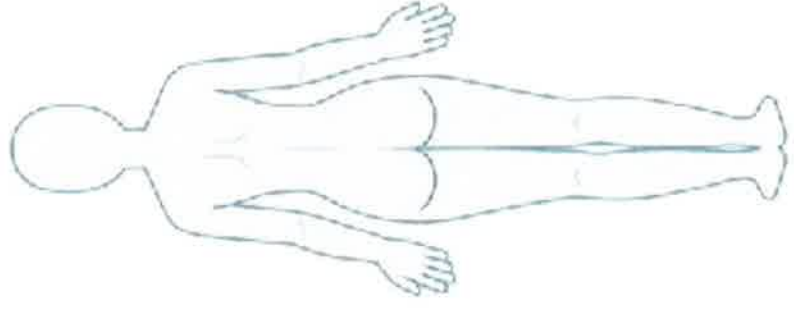
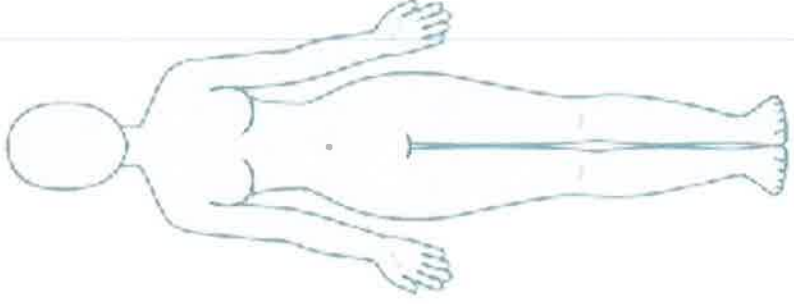
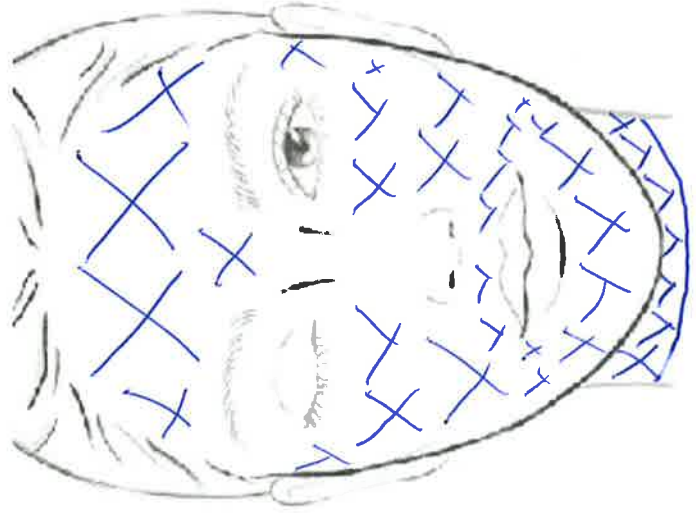
Date: 29-10-2018

Being

Made by Ghada 

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

Patient's Name::اسم المريض
 File Number: 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	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	29/10/18					
Treatment Area	FULL FACE					
Hair Type	MEDIUM					
Mode	DPL					
Fluence	18J/cm ²					
Pulse Type	BURST					
CNT Pulse						
Passes	2					
Starting Time	8:20 PM					
Finish Time	8:40 PM					
Post Treatment						

Therapist Name and Signature
BESSIE JAIN