

File No#: 1002751 Date: 16/7/2018  
 Patient Name: Mai sobhy اسم المريض:  
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 27/9/1986 Gender (الجنس): M / F  
 Nationality (الجنسية): Egypt Marital Status (الحالة الاجتماعية):  
 Phone No. (رقم الهاتف): 0506755105  
 E. MAIL:  
 How Did You Know About Us? Google

التاريخ الطبي للعلاج بالليزر

\*يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة:-

1- ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟

1 - دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار

2- دائمة الاحتراق , عديدة 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 اي تاريخ مرضي من الحلا البسيط (الهربس) أو بثور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج؟  نعم  لا

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

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

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

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

..... عن الشهرين

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 أو مشاكل هرمونية؟  نعم  لا

11- ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركت حاليا؟

..... Sun Block lotion

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

النساء:

13- هل انت حامل؟  نعم  لا

14- هل قمت سابقا بأجر أو متواجداً للوجه؟  نعم  لا

## إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا هي صبيحي زكي بقومي إلى مركز أوركيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر الغير مرغوب فيه باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها من الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر وتعطل 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 , التنف, الكريمات, وإزالة بالشمع و الكي. و اني اخترت إزالة الشعر بالليزر .

لقد تأقيت 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 التنف قبل العلاج ب6 أسابيع على الأقل.

التشوم/التاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً 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 بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ونادراً 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 أني 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: \_\_\_\_\_

الاسم: هي صبيحي زكي

توقيع المريض: Hair

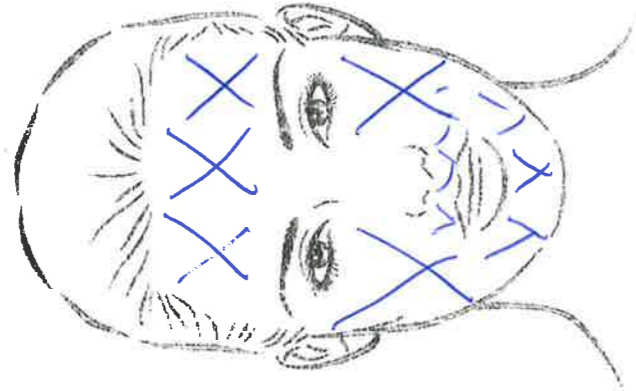
توقيع ولي أمر المريض(من هم دون السن القانوني): \_\_\_\_\_

بشهادة: \_\_\_\_\_

16-7-2018

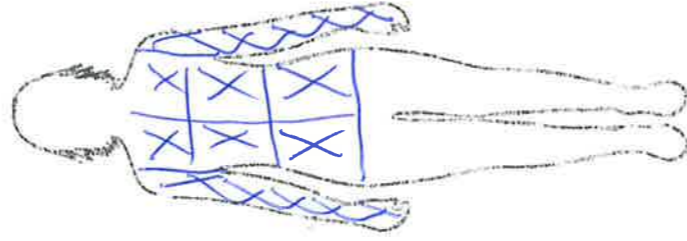
Circle areas to be treated:

Other:

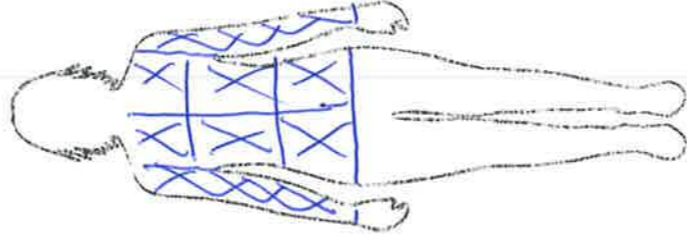


16 J/cm<sup>2</sup>, BURST X 2 PHASES

Front



Back





REDAD DATA

CAEAI0EBAA830DQxO

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	Mai,Sobhy,Zaky,Soliman	IDN:	784198082613542	Mother Name:	
Name (Ar)	مى صوبى زكى سليمان	Card Number:	079819908	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	28/08/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	21/08/2019	Date of Birth:	27/09/1980	Sponsor Name:	طيران الامارات (الموارد البشرية)
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	20120047022072	Residency Expiry:	21/08/2019
ID Type:	IL	Occupation:	5111	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

مى صوبى زكى

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

7/16/2018



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

1,470.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-000911)

Date: 16-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000751 - MAI SOBHY - 971506755105

The sum of Dhs. One Thousand Four Hundred Seventy Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,470.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 16-07-2018

Being

Made by Ghada

Tel: + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001472)

Date:18-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000751 - MAI SOBHY - 971506755105

The sum of Dhs. Three Hundred Sixty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 367.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 18-10-2018

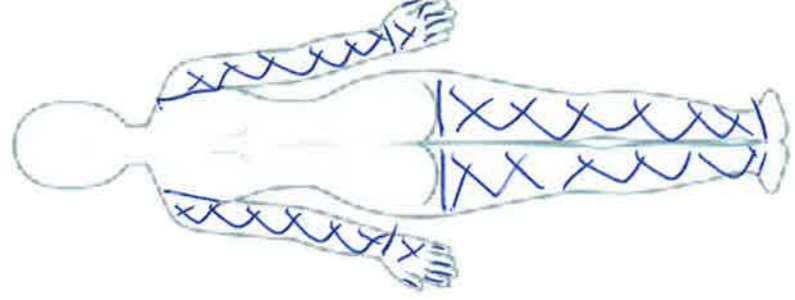
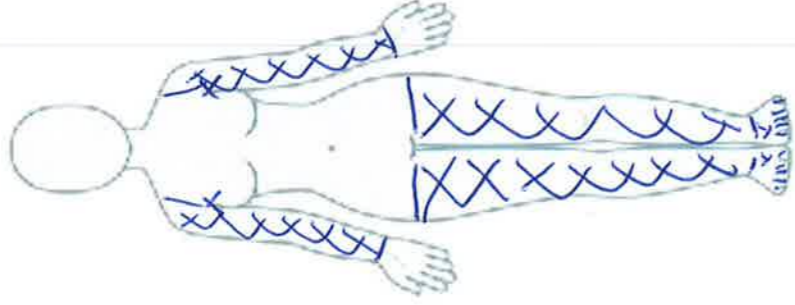
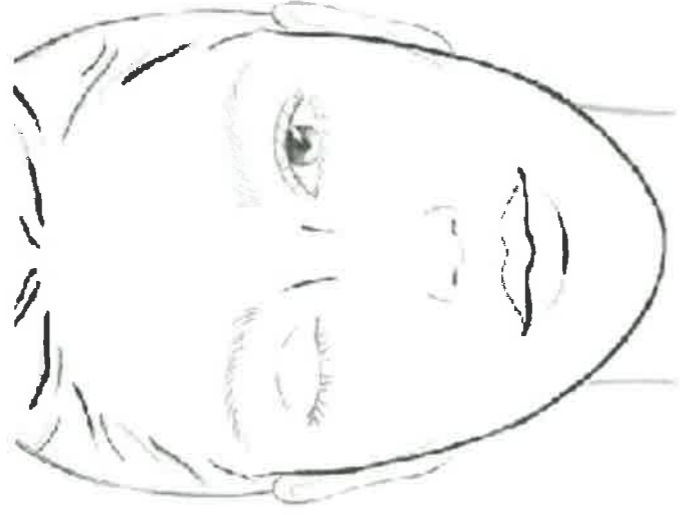
Being

Made by Ghada

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



Patient's Name: MAI SOBHA اسم المريض  
 File Number: 1000751 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	18/10/18	25/11/19	16/07/19	26/01/20		
Treatment Area	FULL BODY	full body	Same			
Hair Type	DMK, COURSE	Dark Imp	Medium	Bikini		
Mode	DP1	Alex despot	ALEX	Med/Soft		
Fluence	18-20 J/cm <sup>2</sup>	715	7J			
Pulse Type	BURST	712	7J/12-13-Sms	NDVAG		
CNT Pulse						
Passes	2	1	1	16J/15ms		
Starting Time	4PM	6pm	3:10pm	4pm		
Finish Time	5:30PM	7pm	4:20pm	HRUDOID		
Post Treatment		front	Two Bikini session	More		

Therapist Name and Signature BEGIE





مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003451)

Date: 25-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000751 - MAI SOBHY - 971506755105

The sum of Dhs. Eight Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 892.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-04-2019

Being FULL BODY + VAT

Made by Rana

1. Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
2. Treatment includes lab cost is non-refundable.
3. After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1000751 - MAI SOBHY - 971506755105

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 892.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004408)

Date: 16-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000751 - MAI SOBHY - 971506755105

The sum of Dhs. Eight Hundred Ninety-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 892.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 16-07-2019

Being FULL BODY DEKA + VAT

Made by Hiba

1. Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
2. Treatment includes lab cost is non-refundable.
3. After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1000751 - MAI SOBHY - 971506755105

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)