

File No#: 1000753 Date: 16/7/2018
 Patient Name: Salam Askar اسم المريض:
 Date of Birth (تاريخ الميلاد): 2/7/1976 Gender (الجنس): M / F
 Nationality (الجنسية): U.A.C. Marital Status (الحالة الاجتماعية):
 Phone No. (رقم الهاتف): 055333319
 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 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 جفرة؟ نعم لا

3- هل لديك اي تاريخ مرضي من الحلا بسيط (الهرس) أو بنور الحمى أو التقرحات في منطقة العلاج؟ نعم لا

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

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

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

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

البحر

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؟

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

13- هل التفت حاليا؟ نعم لا

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

إقرار طبي لعملية إزالة الشعر بالليزر

أقر أنا سالم محمد بقومي إلى مركز أوركيد الطبي / المشاركة 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 و تعطل 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 , 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 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 ستلاشي خلال بضع ساعات أو عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست الشائع وندراً 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. واني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمري في حالة عدم بلوعي السن القانوني قبل إجراء العلاج.

التاريخ: 16-17-2023

الإسم: _____

توقيع المريض: _____

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

بشهادة: _____

Circle areas to be treated:

Other _____



> 1HR BEARD LINE + NECK
to J/cm², SUBST X 2 PASSES

Front



Back





مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000913)

Date:16-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000753 - SALEM ASKAR - 971553333319

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: 16-07-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001045)

Date:13-08-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000753 - SALEM ASKAR - 971553333319

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: 13-08-2018

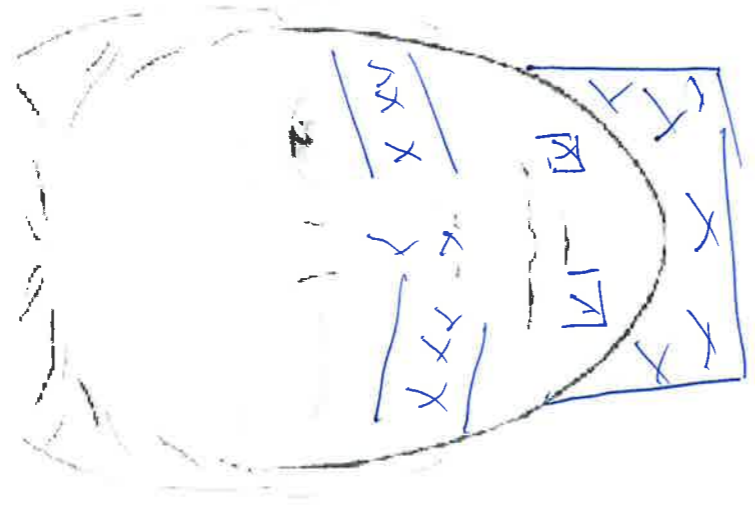
Being

Made by Ghada

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

Patient's Name::اسم المريض: **Salem Askar**
 File Number::رقم الملف:
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No

٦٥٥٥٣٤٣



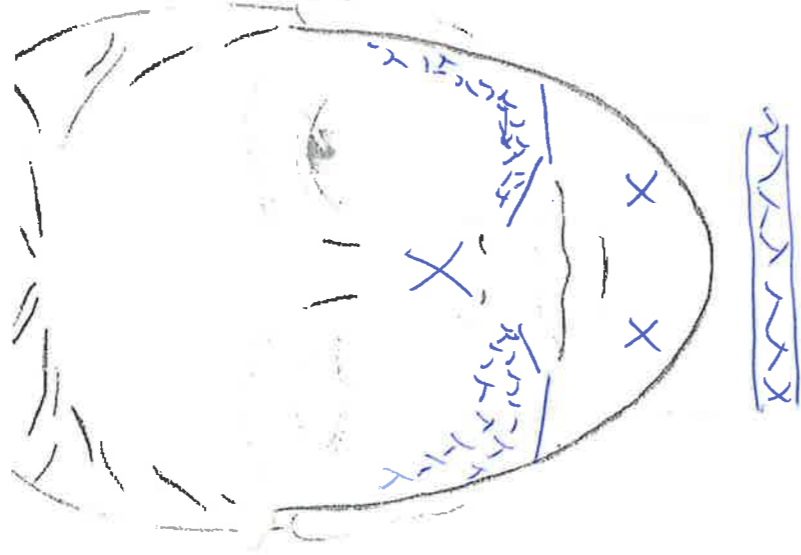
	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	3/8/19					
Treatment Area	Head + Neck					
Hair Type	Mixed					
Mode	NO YAG					
Fluence	12/17ms					
Pulse Type						
CNT Pulse	1					
Passes						
Starting Time	8pm					
Finish Time	8-15pm					
Post Treatment	Amended					

Therapist Name and Signature

Signature

Patient's Name: SALEM A. AYAK
 File Number: 1000753
 Pain Relief given? Yes / No

رقم المريض:
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



Treatment Date	Treatment Area	Hair Type	Mode	Fluence	Pulse Type	CNT Pulse	Passes	Starting Time	Finish Time	Post Treatment
13/8/18	BEARD LINES + NECK	HAIR, COURSE	DP 1	10 J/cm ²	BURST	1	1	4:30 PM	4:40 PM	
10/9/18	BEARD AND NECK	HAIR, COURSE	DP 2	12 J/cm ²	BURST	1	1	4:10 PM	4:20 PM	
9/10/18	BEARD LINE, NECK	HAIR, COURSE	DP 1	12 J/cm ²	BURST	2	2	4:15 PM	4:30 PM	
4/11/18	HAIR, NECK	HAIR, COURSE	DP 2	16 J/cm ²	BURST	1	1	4:45 PM	5:10 PM	FUCIDIN H
9/12/18	HAIR	HAIR, COURSE	DP 1	18 J/cm ²	BURST	1	1	2:30 PM	2:50 PM	FUCIDIN H + MERO
16/1/19	HAIR	HAIR, COURSE	DP 1	18 J/cm ²	BURST	1	1	10:30 AM	10:50 AM	FUCIDIN H
16/3/19	HAIR	HAIR, COURSE	DP 1	15 J/cm ²	BURST	1	1	11:50 AM	12:10 PM	FUCIDIN H

Therapist Name and Signature BUESSIE [Signature] FOLESSIE



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001212)

Date: 10-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000753 - SALEM ASKAR - 971553333319

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: 10-09-2018

Being

Made by Ghada

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001405)

Date:09-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000753 - SALEM ASKAR - 971553333319

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: 09-10-2018

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

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001905)

Date:08-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000753 - SALEM ASKAR - 971553333319

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 08-12-2018

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

210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001599)

Date:04-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000753 - SALEM ASKAR - 971553333319

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: 04-11-2018

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

210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002355)

Date: 19-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000753 - SALEM ASKAR - 971553333319

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: 19-01-2019

Being

Made by Shada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002985)

Date:16-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000753 - SALEM ASKAR - 971553333319

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: 16-03-2019

Being **BARD LINE + NECK + 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 : 1000753 - SALEM ASKAR - 971553333319

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003711)

Date:18-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000753 - SALEM ASKAR - 971553333319

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: 18-05-2019

Being BEARD LINE + NECK + 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 : 1000753 - SALEM ASKAR - 971553333319

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004630)

Date: 03-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000753 - SALEM ASKAR - 971553333319

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: 03-08-2019

Being BEARD LINE + NECK + 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 : 1000753 - SALEM ASKAR - 971553333319

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