



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إنسالة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

Date: 24/7/2018

File Number: 1000771

Patient Name: Zoya Khan

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 9/5/1999

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

M / F

Nationality (الجنسية): Pakistan

Phone No. (رقم الهاتف): 05553386380

Address (العنوان):

How did you know about us: Google

E-MAIL:

التاريخ الطبي

الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	No	No
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	No
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	No
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	No	No
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No	No
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	No	No
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	No	No
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	No	No
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No	No
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيدات : هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية	No	No
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي ، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	No	No
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	No	No
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	No
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	No
Other conditions HIV, HIV ... etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	No	No

### Medical Consent Form

- I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition which has been explained to me by the qualified physician
- I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.
- I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.
- I authorize my treating doctor to perform any procedures which are advisable in their professional judgment.
- I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.
- I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.
- I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.
- I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.
- I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.
- I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its' content and I sign it with all my will.

### نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأشمل و الخدمة الافضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الاجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطبورية بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او ثمين لتتائج العلاجات و الاجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة الفحوصات والاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و البرك أن بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التوريم أو النزيف أو الالام أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطبورية يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فتحي الملف صحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):



Date: 24 / 7 / 2011

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / .....

## Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

## المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (فصيلة الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):

## سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

الجراحات السابقة، عمليات المستشفى  
Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (Smoking): Y / N

التعاطي الكحول (Alcohol): Y / N

التعاطي العقاقير (Drugs): Y / N

## الملاحظات العامة و السريرية General &amp; Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO\*

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	Zoya Baktiari, Yawar, Abbas Khan	IDN:	784199018706269	Mother Name:	
Name (Ar)	زویا بختیاری یوار، عباس خان	Card Number:	082820063	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PAK	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	پاکستان		
Issue Date:	03/04/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	29/03/2019	Date of Birth:	09/05/1990	Sponsor Name:	یوار عباس بختیاری ناصر عباس خان بختیاری
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	12442376
Residency Type:	03	Residency Number:	30120103040364	Residency Expiry:	29/03/2019
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

7/24/2018

## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز ليزر ال Q-Switch أقروا أنا \_\_\_\_\_ بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

■ التفسير الكرويوني يستخدم لوشن الكرويوني يبيعه التقشير بالليزر هو أحد الإستخدامات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمربطة 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 ب3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 أسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكريون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكريون مما يستهدف الأصابع الأكثر عقا الشائعة في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإتئاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الإضافر (الوضع A)

. بئر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكوتان) خلال ال6 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(كون الندوب الجلدية)

. البهاق.

أنتهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة ان تتحقق بعد الجلسة الاولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى انتهاء خطة العلاج، و انا اتفهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى 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.

أنتفهم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب، اتفهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الاثتام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

أنتفهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتشتمل التالي : احمرار مؤقت، تأثيرات مشابهة لتأثيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة ايام فقط، تغيرات صبغية (بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكة، ألم، كدمات، التهاب بؤبؤ 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 برودة فعل ومضاعفات التخدير.

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

التوقيع:

التاريخ:  
24-7-2018



اسم المريض/ولي امر المريض:



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-000950)

Date:24-07-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000771 - ZOYA KHAN - 971555386380

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 315.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-07-2018

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)**