



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

وحدة... ابتسامة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

Date: 12/9/2018

File Number: 1000931

إسم المريض

Patient Name: Nouzha Reyaffi

Date Of Birth (تاريخ الميلاد) : 4/8/1973 Gender (الجنس) : M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality (الجنسية) :

Phone No. (رقم الهاتف) : 0507154992

Address (العنوان) :

E-MAIL:

How did you know about us: google

التاريخ الطبي Medical History		Yes/No لا/نعم	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم لذكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition		لا/نعم	
هل تناولت أي أدوية أو تلقيت أي علاجات حديثة؟ Recent or current drugs/Medical Treatment		لا/نعم	
هل تناولت أي ستيرويدات أو مخدرات للمناعة؟ Cortisteroids/Immunosuppressant		لا/نعم	
هل لديك أي حساسية؟ Allergies		لا/نعم	
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاضى من أي أمراض؟ Surgical Operations, Serious Illness		لا/نعم	
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاضى أي مميغات للدم؟ High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants		لا/نعم	
هل لديك أمراض القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		لا/نعم	
هل لديك فقر الدم، نوكيميا (سرطان الدم) Anemia, Leukemia		لا/نعم	
هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ Renal, Urinary, Sexually transmitted disease		لا/نعم	
هل أنت حامل؟ هل أنت حاملة؟ هل أنت حامل؟ هل أنت حاملة؟ For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems		لا/نعم	
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases		لا/نعم	
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى		لا/نعم	
هل تعاني من أي أمراض في الجهاز العصبي؟ Epilepsy, or any other neurological disease		لا/نعم	
هل تعاني من مرض السكري أو الغدة الدرقية؟ Thyroid Diseases, Diabetes		لا/نعم	
هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ Other conditions فيروس الأيدز، فيروس الكخلا البسيط...etc		لا/نعم	



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.

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

Date: ... / ... /

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 الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما نكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقامة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية الفحوصات و الإجراءات الجراحية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب أو التورم أو الحرق أو الالام أو الحساسية.
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة الجراحية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمته لدى فتحني الملف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتطرق بحالتي الصحية ينبغي سرية تماما 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

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

التاريخ: ...

استمارة تقييم المريض Patient Assessment form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Blood Type (فصية الدم):

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (ضغط الدم): /

Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، أفعال للمستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز ليزر ال Q-Switch أقرا أنا نرمه الربايفي بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

■ التقشير الكريونى باستخدام لوشن الكريونو يتبعه التقشير بالليزر هو أحد الإستراتيجيات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع

الحمراء والبنية غير المرغوب بها المرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، احمرار الجلد، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الحبوب، توسيع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معصمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع 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 الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الاضافر (الوضع A)

. بير ازالة الكلف (الوضع M)

. مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكوتان) خلال ال6 اشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

. الأمراض الجلدية والتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإنزف و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجدية)

. البهاق.

أتقدم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة ان تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضائي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى إنهاء خطة العلاج، و انا اتقدم 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.

أتقدم ان كما هناك منافع الاجراء المطلوب، اتقدم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الانتعاش، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

أتقدم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن 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،تهاب،ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلني ايضا ابقاء عياني مغطان اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برده 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:

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

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	Nouzha,,,Reyaafi	IDN:	784197340321526	Mother Name:	
Name (Ar)	نزهة الريافي	Card Number:	079814323	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	27/08/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	21/08/2018	Date of Birth:	04/08/1973	Sponsor Name:	صانون فالتسيا للسيدات
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	301201420085026	Residency Expiry:	21/08/2018
ID Type:	IL	Occupation:	02	Occupation Field:	99

Photo



Signature Image

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

9/12/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001227)

Date:12-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000931 - NOUZHA REYAFFI - 971507154992

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 12-09-2018

Being

Made by Ghada

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