



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

مركزنا... إنسانا... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

Date: 17/9/2018

File Number: 1000955

Patient Name: Saida Ghiyasi

اسم المريض:

Date Of Birth: 15/6/2006 Gender: M / F

الحالة الاجتماعية: ( )

Nationality: Iyan

الجنسية: Iyan

Address: Shourjah

Phone No. (رقم الهاتف): 055 9711159

E-MAIL:

How did you know about us: Google

الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment مل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	No	No
Corticosteroids/immunosuppressant حل تتعاطى أي كورتكويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	No
Allergies أي حساسية؟ حل لديك أي حساسية؟	No	No
Surgical Operations, Serious illness حل أجريت أي عمليات جراحية أو تتعاطى من أي أمراض؟	No	No
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويدية، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No	No
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants حل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في التخثر أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	No	No
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) لنيميا (فقر الدم)، لو كيميا (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 حل تتعاطى من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	No	No
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيدات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تتعطين 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 حل تتعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	No
Thyroid Diseases, Diabetes حل تتعاطى من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	No
Other conditions MSV, HIV... هل تتعاطى من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحماق البسيط، HBV...	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 of 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: 17 / 9 / 18

### نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في القصد 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 الطبية.
- أفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية للفحوصات و الإجراءات المادية و الجراحية.
- و أدرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب أو التورم أو النزف أو الألم أو الحساسية المرضية.
- أفهم أن هناك رسوم ورسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة التعليمات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمت لهي تلقيه الملق صحفية و أفهم ان اي ملاحظات تطبق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون عذقتي
- أقر ان لدي المعلومات الكاملة لهذا 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):

..... / ..... / .....

File No: .....

Date: / /

## Patient Assessment

### Vital Signs المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg

Height (الطول): cm

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (م ضغط الدم): /

Blood Type (م صفة الدم):

Blood Sugar (م سكر الدم):

Chief Complaint: مريض زيادة الحيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، ابحال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (مخاطبي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings  
ملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnostics التشخيص

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp:

.....



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMl

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	Saida,Azamollah,,Chiasi	IDN:	784200643146036	Mother Name:	
Name (Ar)	سليدا اعظم الله عياشي	Card Number:	086254815	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	جمهوريّة ايران الإسلامية		
Issue Date:	12/11/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	08/11/2020	Date of Birth:	15/06/2006	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	10681731
Residency Type:	03	Residency Number:	20120063093075	Residency Expiry:	08/11/2020
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

بدون إمضاء / No signature

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

9/17/2018

## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز ليزر ال Q-Switch أقر أنا مكوفه عيناخي بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

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

الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى) ، تحسين ملمس البشرة ، علاج حب الشباب ،إحمرار الجلد ،إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب) ،التوب 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 اسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

■ التفسير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتفسير بدون استخدام لوشن الكريون، بينما التفسير 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 الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الاضافر(الوضع A)

. بئر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستصمال للعلاج يتضمن:

. تناول عطار الأيسوترتينيون (الأكوتان) خلال ال6 اشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

. الأمراض الجلدية والالتهابات و الأورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(كون التوب الجلدية)

. البهاق.

أقوم تماما أن النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وأن النتيجة المرجوة أن تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الي انهاء خطة العلاج، و انا اتهم ان النتائج قد تتخفف بالنظر الي 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.

أقومهم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب، أقومهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الالتئام، ماعدا التفسير الناعم الذي لا يحتاج الي فترة شفاء.

أقومهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت، تأثيرات مشابهة لتأثيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الي عدة ايام فقط، تغيرات صبغية ( بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الي ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكة، ألم،كدمات،تهاب،توب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلى ايضا ابقاء عيناخي مغلقتان اثناء العلاج. أقر 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 وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التوقيع:

التاريخ:

17,9,18



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001271)

Date:17-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000955 - SAIDA GHIASI - 971559711159

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: 17-09-2018

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)**