



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

وحدة... إنجاب... جمال
Health ... Smile ... Beauty

Date: 7 / 9 / 2018

File Number: 1000956

Patient Name: Sanaa SahiaSi

اسم المريض:

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

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality: (الجنسية): J.Kan

Address (العنوان): Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 0559711159

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 هل تتعاطى أي دوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي محزوزيدات أو محظطات للمناعة؟	No	
Allergies أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي امراض؟	No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) لو كيميا	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى من أي امراض في الكلى او امراض جنسية؟	No	
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للمصابات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تتعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد، الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاطى من الصرع او أي امراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطى من مرض السكرى او امراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions هل تعاطى من أي امراض أخرى؟ HIV, AIDS...etc. فيروس الايدز، فيروس الحلا، الحصيتا	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 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

- اوافق و تسمح للطبيب بمعالجتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.
- اتفهم ان بعض الاجراءات الطبية والتشخيصية الاضافية قد تكون ضرورية من اجل تزويدي بالمعالج الامثل و الخدمة الافضل.
- اتفهم انه من الممكن ان يتكثف الطبيب خلال العلاج امورا مختلفة عن ما ذكر في القصاص الاولي و التي قد تتطلب اجراءات اضافية او مختلفة عن تلك المخطط لها.
- اتفهم الطبيب المعالج بانخاذ كل الاجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- اقر انه لم يتم تقديم اي ضمانات او تفهين لنتائج العلاجات و الاجراءات الطبية او التجريبية المقدمة لي، كما اتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- اتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية الفحوصات و الاجراءات المادية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتحلب او التورم او التورف او الالتهاب او الحساسية.
- اتفهم ان هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة المادية و ان جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- اقر ان كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي التي قدمت لي تخصي للملك صحيحة و اتفهم ان اي معلومات تتطابق بطاقتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها بدون موافقتي.
- اقر ان لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا القرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اذني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اذني وقعت عليه يتامل اراضي

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 (مغط الدم): /

Blood Type (مصلحة الدم):

Blood Sugar (سكر الدم):

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسيات

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization

عمليات سابقة ، ابحال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعلي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings التلاططات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp:

.....

REDAD DATA

CAEAI0EBAA830DQyM|

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	Saina,Azamollah,,Ghiasi	IDN:	78420060543545	Mother Name:	
Name (Ar)	سائنا اعظم الله،،غياشي	Card Number:	086256186	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	جمهوریة ایران الإسلامية		
Issue Date:	12/11/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	08/11/2020	Date of Birth:	15/06/2006	Sponsor Name:	اعظم الله محمد سعيد غياشي
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	10681731
Residency Type:	03	Residency Number:	20120063093082	Residency Expiry:	08/11/2020
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

No signature / بدون امضاء

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

9/17/2018

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز ليزر ال Q-Switch أقرا أنا سكوف عيناى بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لاجراء العلاج باستخدام

■ التقشير الكريونى باستخدام لوشن الكريونى يتبعه التقشير بالليزر هو أحد الإستعدادات لإعادة نضارة البشرة، و علاج 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، احمرار الجلد، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تقع الحبوب، توسع 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 الإنتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الاضافر(الوضع A)

. بتر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عسل الأيسوتريتينوين (الأكوتان) خلال ال6 اشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

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

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإنز و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(كون الندوب الجلدية)

. البهاق.

أتقدم تملما ان النتائج المتألمة تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة ان تتحقق بعد الجلسة الاولى. ولا ينضمن الطبيب رضائي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى انهاء 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.

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

اتقدم 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، الم،كدمات،تهاب،ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلني ايضا ابقاء عيناى مغطتان 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 اسئلتى وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التوقيع:

التاريخ:

17.9.18