



Date: 22/9/2018

File Number: 1000976

Patient Name: Fatima Qasbi

اسم المريض

Date Of Birth: 10/5/1977

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

M / F

Nationality (الجنسية): U.A.E

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 050.6.33.1696

E-MAIL:

How did you know about us: Google.k

التاريخ الطبي Medical History

الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم/لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No نعم	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات المناعة؟	Yes/No نعم	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No نعم	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب قذائف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No نعم	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No نعم	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) لو كيميا انيميا (فقر الدم)، لو كيميا (سرطان الدم)	Yes/No نعم	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض يولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم	
For Ladies: Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems للسيدات: هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية	Yes/No نعم	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى	Yes/No نعم	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم	
Other conditions من أي أمراض أخرى فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط، HIV...etc	Yes/No 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 بحالتي المرضية حالي 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 يتكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في القصة الأولى و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفهم الطبيب السالط باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون محتملة الفحوصات و الاجراءات المادية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية.
- أفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي مفعلي مقابل الخدمة المادية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أفهم أن كافة التعليمات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي تخفي للملف الصحية و أفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون عيانتني
- أفهم ان لدي المعلومات الكاملة لفهم هذا القرار 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: / /

File No:

Date: / /

Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

Chief Complaint: سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History: التاريخ المرضي

Allergies: الحساسية

Medications: الأدوية

Pregnancy: الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تداعوي العقاقير): Y / N

General & Clinical Findings: ملاحظات العامة و السريرية

Examination: الفحص

Radiography: الصور الشعاعية

Diagnosis: التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQxO*

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	Fatima,Ahmed,Rashid,Qasimi	IDN:	784197259303622	Mother Name:	Salwa
Name (Ar)	فاطمة أحمد راشد قاسمي	Card Number:	088891304	Mother Name (Ar):	سالى
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	301012672
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	03/05/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	03/05/2028	Date of Birth:	10/05/1972	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

9/22/2018

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز ليزر ال Q-Switch أقدر أنا _____ بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لأجراء العلاج باستخدام

■ التقشير الكريونى باستخدام لوشن الكريونى يتيمه التقشير بالليزر هو احد الإستطيات 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، إحصار الجلد، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الصوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. يتكلم عام ينصح ب3-5 جلسات معضمهم 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 عقا الشائعة في الكلف و زيادة 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 إزالة الكلف (الوضع M)

. مضادات الإستعمال للعلاج ينضمن:

. 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 بالإنز و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

. البهاق.

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

تقد تم الشرح لي عن الحاجة الى انهاء خطة العلاج، و انا افهم 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 والحناية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

أفهم ان كما هناك منافع لاجراء المطلوب، افهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الالتام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

افهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي: احمرار مؤقت، تغيرات مشابهة لتغيرات 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، ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج. و علي ايضا ابقاء عيني 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 اسئلتى وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التوقيع:

التاريخ:

اسم المريض/ولي امر المريض:



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

945.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001295)

Date:22-09-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1000976 - FATIMA QASIMI - 971506331696

The sum of Dhs. **Nine Hundred Forty-Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **900.00** / By Credit Card **45.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **22-09-2018**

Being

Made by Ghada

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