



File No: 1001064

Date: 20/10/2018

Patient Name: Anhood Al Au

Date: 20/10/2018

Date Of Birth: 12/10/1989

Nationality: Emirati

File Number: 1001064

Address: Al Muzain

Occupation: Student

E-MAIL: anhood.alau@hotmail.com

Marital Status: Single

Phone No. (رقم الهاتف): 0552990660

How did you know about us: Sister

Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No	If None give details
Recent or current drugs/medical Treatment هل تتلقى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثة؟		No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتلقى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟		No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		No	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تلقيت من أي أمراض؟		No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب		Yes	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتلقى أي مبيدات الدم؟		No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لو كيميا (سرطان الدم)		No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى		No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟		No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مفتح الحمل؟ هل تتعاطين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى		No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟		No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟		No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟		No	
Other conditions Other conditions HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا القبيح		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.



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

Date: 20.10.2018

### تمودج اقرار طبي

- أوافق و أسمع الطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل
- أتعلم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تشخيصي بالعلاج الأشمل و الخدمة الأفضل.
- أتعلم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في القمص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج بإدخال كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبيره المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين نتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية العقيمة أي، كما أفهم المخاطر و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتعلم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية للحصول و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الأكم أو الصلابة
- أتعلم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي بقعيا 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 قدمته لني تلقيه الف الف صحيحة و أنهم ان أي معلومات تتناقض بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الإفلاخ عليها دون مراقبتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان هذا التصريح قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني رقت عليه بكامل ارادتي

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

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

للمؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (الكلية): 52 Kg	الطول: 160 cm	نوع الدم (تصنيف الدم): A+
النبض (الكلية): ppm	الضغط الدم (الكلية): /	السكر الدم (الكلية): Blood Sugar

سبب زيارة المريض للمعيبة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

الجراحات السابقة، Hospitalization  
عمليات سابقة، Previous Surgeries

التدخين (التدخين): Y / N Smoking

التدخين الكحولي (الكحول): Y / N Alcohol

الأدوية المعاقبة (الأدوية): Y / N Drugs

اللاحظات العامة والمسريرية 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

هناك ليزر الـ Q-Switch أقروا أنا عجود عبد الشاه بتقويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

التقنية الكريون باستخدام لوشن الكريون ويمنحه التقشير بالليزر هو أحد الاستجابات لإعادة نصرة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه، والشذوذ الصبغي (البقع

حمراء والبيضاء غير المرغوب بها والمربطة بالبقع والبس وحالات أخرى). تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إحصار الجلد، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي

ح الجيوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح 5-3 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 أسابيع وجلسات مرآة كل 3-6 أشهر.

التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكريون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكريون مما يستهدف الأصبغ الأكثر عمقا

ممنعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 أشهر خصوصا في حالة الكلف.

إزالة الوشم بالليزر.

الأورام الصغية.

شقير الشعر.

إزالة فطريات الاضافر (الوضع A)

بيز إزالة الكلف (الوضع M)

نمادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

عقول عطار الأيسوتريتينوين (الأكوتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

الحصل والرصاعة.

الإمراض الجلدية والإتهابت و الأورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

مشاكل في الجهاز السناعي.

الإصابة بالإيدز و التهاب الكبد الوبائي.

ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

البهاق.

هم 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.

. تم الشرح لي عن الحاجة الى انهاء خطة العلاج. و انا تفهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي لليزر وتطبيقي التعليمات ما قبل وما بعد العلاج. وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر

ي، وودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا بما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحتها لي بالكامل.

هم ان كما هناك منافع للإجراء المطلوب، تفهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الانتقام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الي فترة شفاء.

هم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي: احمرار مؤقت، تقثيرات مشابهة لتقثيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة ايام فقط. تغيرات صبغية ( بقع داكنة او

خفة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكة، المهكمت، التهاب ندوب او انتقال.

عة الليزر قد تسبب ضررا للطن ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج. ويلي ايضا ابقاء عيناوي مظلتان اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة قبل ومضاعفات

خفيف.

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

التوقيع:

8110118

10110118

10110118

16/10/18  
10110118  
10110118

م المريض/ولي امر المريض:



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001483)

Date: 20-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001064 - AUHOOD AL ALI - 971552990660

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: 20-10-2018

Being

Made by **SARA**

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e – mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001582)

Date:03-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001064 - AUHOOD AL ALI - 971552990660

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: 03-11-2018

Being

Made by  Ghada

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