

File No: 1001066

Date: 20/10/2018

Patient Name: Fatma Abdulla Ali

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 15/9/1988

Nationality (الجنسية): UAE

Address (العنوان): UAG

E-Mail: fatmabinsar@gmail.com

File Number: 1001066

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Phone No. (رقم الهاتف): 056974466

How did you know about us: My sister Mashael

اسم المريض: Mashaal

التاريخ الطبي

Medical Condition	الحالة الطبية	Yes/No	If YES, give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drug/medical treatment هل تتلقى أي أدوية أو تلقي أي علاجات حديثة؟		Yes	Movicol
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتلقى أي عقاقير أو مثبطات للمناعة؟		No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		Yes	بروفين، إيهانتين اسبرين
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني 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 قلب		No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتلقى أي مبيجات الدم؟		No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)		No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعب، 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 منع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟		No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي 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؟		Yes	border line Diabetes
Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الأجدار، 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.

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المتخصص و المؤهل.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تنفيذي بالعلاج الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في القمص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العداجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتبع العلاج و الإجراءات الطبية أو التحليلية المتبعة لي. كما اتفهم الخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية للحصصات والإجراءات العداجية و الجراحية.
- و أدرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العداجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالإنتهاب أو التوريم أو النزيف أو الألم أو الحساسية.
- أتفهم أن هناك رسوم و بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العداجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تصمد بالكامل قبل الإنتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي تم تحمي الملف صحيفياً و اتفهم ان أي معلومات تتناق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإفلاخ عليها دون مراقبتي.
- أقر ان لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله. بالكامل و اني وقعت عليه بأكمل ارادتي

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

Date: ... / ... /

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

التاريخ: ... / ... / 2018

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

لأقرب الحوية Vital Signs

Weight (الوزن): 83 Kg

Height (الطول): 167 cm

Blood Type (دم): AT

Pulse (النبض): ppm

Blood Pressure (دم): /

Blood Sugar (دم):

سبب زيارة المريض للمعيمة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال المستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (دوائ): 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 أقر أنا عاطلة عبد الله علي بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

التقشير الكريوني باستخدام لوشن الكريوني يتبعه التقشير بالليزر هو أحد الإمتطيلت لإعادة نضرة البشرة ، و علاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد ، خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع حمراء والنية غير المرغوب بها والمرقطة بالبقع والس وحالات أخرى) تحسين لمس البشرة ، علاج حب الشباب ،احمرار الجلد ، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب) ، الندوب التي نبع 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.

التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكريون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بالإضافة لوشن الكريون مما يستهدف الأصبغ الأكثر عتقا شائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

إزالة الوشم بالليزر.

الأورام الصغية.

تقشير الشعر.

إزالة فطريات الاضافر (الوضع A)

بيير إزالة الكلف (الوضع M)

حشادات الإستعمال للعلاج يخضن:

تلاول عطر الأيسوترتينون (الأكوتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

الحصل والرضاعة.

الأمراض الجلدية والإتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

مشاكل في الجهاز المناعي.

الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي.

ضعف الشفاء(تكون الندوب الجديرم)

البهاق.

تفهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوحة ان تتحقق بعد الجلسة الاولى. ولا يفرضن الطبيب رضاي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

قد تم الشرح لي عن الحاجة الى انهاء خطة العلاج، و انا تفهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي للليزر وتطبيقي التعليمات ما قبل وما بعد العلاج.وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والحاجة بالفترة التي قرحت لي بالكامل.

تفهم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب، اتفهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الاقتمام، مادعا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

تفهم ان المضاعفات نادرة الحورث 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، التهاب، تورب او انتفاخ.

شعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج . و علي ايضا ابتقاء عياني مغلقان أثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات تخدير.

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



التوقيع:

20/10/2019

التاريخ:

على

م 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	Faema,Abdulla,Ali,,Bin Sarm Al Ali	IDN:	784198140314604	Mother Name:	Seham Al Said Mohammed Ali
Name (Ar)	فاطمة عبدالله علي بن صرم آل علي	Card Number:	079590960	Mother Name (Ar):	سهام السيد محمد علي
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	501003470
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	14/08/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	01/08/2021	Date of Birth:	15/09/1981	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:	784197675317214	Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	4113	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

10/20/2018



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001479)

Date:20-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001066 - FATMA AL ALI - 971569714466

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 Ghada

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001581)

Date:03-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001066 - FATMA AL ALI - 971569714466

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