



مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

File No: ...1001086

Date: 25 / 10 / 2018

Date: 25 / 10 / 2018

File Number: 1001086

Patient Name: Sayeda Mahmud

إسم المريض: Sayeda Mahmud

Date Of Birth: 6 / 11 / 65

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): M / F

Nationality: (الجنسية): Egypt

Phone No. (رقم الهاتف): 0557226619

Address (العنوان): Sharjah

How did you know about us: Google

E-MAIL:

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	نعم / لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟	نعم
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	نعم
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	X
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميئات الدم؟	X
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	X
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	X
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	X
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	X
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	X
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	X
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	X
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	X
Other conditions HSV, HIV...etc	X



### 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 وأسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص والمؤهّل،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكر في الفحص الأولي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطبورية بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تامين لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للقومصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي قد تحمي الملف الصحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ١٤٤٣/٠٤/٠٤

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs			
Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (الضغط الدم):	/
		Blood Type (الدم):	
		Blood Sugar (السكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Stain & scratches

Disease History التاريخ المرضي:	
Allergies الحساسية	
Medications الأدوية	
Pregnancy الحمل	
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، ايدخال للمستشفى	
Smoking (التدخين) : Y / N	Alcohol (الكحول) : Y / N
	Drugs (تعاظمي العقاقير) : Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Staining & Calculus





REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQXO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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**

<b>Name</b>	Sayedla,Mahmoud,Hassan,م,Mahmoud	<b>IDN:</b>	784196528708728	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	سيدة محمود حسن محمود	<b>Card Number:</b>	087186355	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	EGY مصر	<b>Family ID:</b>	
<b>Title (Ar):</b>		<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	08
<b>Issue Date:</b>	17/01/2018	<b>Date of Birth:</b>	06/04/1965	<b>Sponsor Name:</b>	جامعة القاهرة
<b>Expiry Date:</b>	08/01/2021	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	00
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Residency Number:</b>	30120147005921	<b>Residency Expiry:</b>	08/01/2021
<b>Residency Type:</b>	07	<b>Occupation:</b>	96	<b>Occupation Field:</b>	00
<b>ID Type:</b>	IL				



Photo

Signature Image

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

10/25/2018

## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

هناك ليذر ال Q-Switch أقرا أنا \_\_\_\_\_ بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لاجراء العلاج باستخدام

التقشير الكروني باستخدام لوشن الكرونيو بتيه التقشير بالليزر هو احد الإستبدليات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشقوق الصبغي (البقع

صمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إصرار الجلد، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي ح الحبوب، توسع مسلمات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام يوضح 3-5 جلسات معصمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

التقشير الناعم وزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكرويون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكرويون مما ينتهف الأصبغ الأكثر عقا ناعمة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

إزالة الوشم بالليزر.

الأورام الصبغية.

تفتير الشعر.

إزالة فطريات الاضافر (الوضع A)

بيير إزالة الكلف (الوضع M)

معدات الإستعمال للعلاج يتضمن:

تداول عطار الأيسوتريتينوين (الأكوتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

الحمل والرضاعة.

الامراض الجلدية والإتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

مشاكل في الجهاز المناعي.

الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي.

ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

البهاق.

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

. تم الترحي لى عن الحاجة الى انهاء خطة العلاج، و انا اتعهد ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي للليزر وتطبيقي التعليمات ما قبل وما بعد العلاج.وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر ي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والحناية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

هم ان كما هناك منافع لاجراء المطلوب، اتعهد ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تلخر في فترة الشفاء/الالتئام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

هم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتشتمل التالي: احمرار مؤقت، تقشرات مشابهة لتقشرات 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، ألم،كدمات،إتهاب،ندوب او انتفاخ.

عة الليزر قد تسبب ضرورا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج. وطي ايضا ابقاء عيناى مقلتان أثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات خفيف.

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

التاريخ: 17/1/20

م المريض/ولي امر المريض:



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001520)

Date:25-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001086 - SAYEDA MAHMOUD - 971557226619

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 315.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-10-2018

Being

Made by Ghada

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





مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

50.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001521)

Date:25-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001086 - SAYEDA MAHMOUD - 971557226619

The sum of Dhs. Fifty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 50.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-10-2018

Being

Made by Ghada

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