



File No: 1001094

Date: 27, 6, 2018

Date: 27, 6, 2018 File Number: 1001094  
Patient Name: Fakma Al-man Soofi اسم المريض  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 14/9/1981 Gender (الجنس): M (F) الحالة الاجتماعية:  
Nationality (الجنسية): U.A.E. Occupation (الوظيفة):  
Address (العنوان): Ras Al Khaima رقم الهاتف: 0507669930  
E-MAIL: How did you know about us: Friend

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

### 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 و المؤهل،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للقومصات والإجراءات العلاجية 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
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي قمتي للملف صحية و اتفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع 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: ١٥ / ٢٧ / ٢٠٢٠

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

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

General & Clinical Findings: الملاحظات العامة و السريرية

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis





REDAD DATA

cAEAlOEBA830DQxO

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**

Name	Faima,Abdalla,Husain,Ahmed,Almansoori	IDN:	784198113598159	Mother Name:	Safyya Yousif
Name (Ar)	فايمة عبد الله حسين أحمد المنصورى	Card Number:	089860012	Mother Name (Ar):	صفيحة يوسف
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	602004925
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	05/07/2018	Date of Birth:	14/09/1981	Sponsor Name:	
Expiry Date:	05/07/2028	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	03	Residency Number:		Residency Expiry:	
Residency Type:		Occupation:	98	Occupation Field:	00
ID Type:	ID				



Photo

Signature Image

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

10/27/2018

## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

هنا ليزر ال Q-Switch أقرا أنا فاة عيساء عيسوي بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لاجراء العلاج باستخدام

التقشير الكريوني باستخدام لوشن الكريونو يتبعه التقشير بالليزر هو احد الإستراتيجيات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشنوذ الصبغي (البقع

عمرآء 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 مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت، بشكل عام ينصح 3-5 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 بلضائة لوشن الكريون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا ناتجة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

إزالة الوشم بالليزر.

الأورام الصبغية.

تقشير الشعر.

إزالة فطريات الاضافر(الوضع A)

بير إزالة الكلف (الوضع M)

خدمات الإستعمال للعلاج يتضمن:

تأول عطر الأيسوتريتينون (الأكيوتان) خلال ال6 اشهر الماضية.

الحمل والرضاعة.

الأمراض الجلدية والإتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

مشاكل في الجهاز المناعي.

الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي.

ضعف الشفاء(تكون الندوب الجارية)

البهاق.

هم تماما ان النتائج المتأنية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوحة ان تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رساي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

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

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

هم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي: احمرار مؤقت، تقشرات مشابهة لتقشرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة ايام فقط. تغيرات صبغية ( بقع داكنة او حة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكة، ألم،كدمات،تهاب،ندوب او انتفاخ.

حة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج. و علي ايضا ابقاء عيادي مغلقان أثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فمط ومضاعفات خدير.

تم شرح العلاج بكامله وفائدة ومضاعفاته المحتملة، وقد تمت الاجابة على جميع اسئلي وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التوقيع: فاة عيساء عيسوي

التوقيع:

فاة عيساء عيسوي

م المريض/ولي امر المريض:





مركز أوركييد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001534)

Date:27-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001094 - FATIMA AL MANSOORI - 971507669930

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: 27-10-2018

Being

Made by Ghada 

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