



File No: 1001124

Date: 3 M 2018

Date: 3 / 1 / 2018

File Number: 1001124

Patient Name: Rashid Al Ali

إسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 21/11/1976 Gender (الجنس): M / F

Marital Status (الجماع):

Nationality (الجنسية): U.A.E. Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Al Khaymah

Phone No. (رقم الهاتف): 05056362169

E-MAIL:

How did you know about us: Friend

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

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 أسمع للطبيب 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 ترويض العلاج الأظال و الخصبة الأفضل.
- أتعلم أنه من الممكن أن يحتاج 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 باتخاذ كل الإجراءات الطبية و الدراجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تعهيد لتتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أقوم بإخطار و المشاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتعلم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصلحية القحوصات والإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أترك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالتهاب أو التوريم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتعلم أن هناك رسوم يالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المسالمة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمته لي قمته لي لتفصي الملف الصحية و أقوم أن أي معلومات تتلاق بطالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الإفلاخ عليها دون مراقبتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و أحي قد قرأت و قنيت جميع تفاصيله بالكامل و أقرى وقت علي يكامل أراذلي

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



التاريخ: ... / ... / 18

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

لأشهرات 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 للمعيمة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (العقاقير) : Y / N

ملاحظات 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

.....

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	Rashid,Humaid,Ali,,Bin Samr	IDN:	784197675317214	Mother Name:	
Name (Ar)	راشد حميد علي بن صرم آل علي	Card Number:	080143431	Mother Name (Ar):	
Title		Nationality:	ARE	Family ID:	501003470
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	26/09/2016	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	26/09/2021	Date of Birth:	21/11/1976	Sponsor Name:	
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:		Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

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

11/3/2018

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

هناك ليزر ال Q-Switch أقروا أنا راسم أد علي بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

التقشير الكيويي باستخدام لوشن الكيويي ويقعه التقشير بالليزر هو أحد الإمتطيات لإعادة نضرة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والفتوح الصبغي (البقع

عمره والنية غير المرغوب بها والمزينة بالشم والشم وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، احمرار الجلد، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي ح الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل علم ينصح ب3-5 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 الكيويون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بالإضافة لوشن الكيويون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا. نتيجة في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

إزالة الوشم بالليزر.

الأورام الصغية.

تقشير الشعر.

إزالة فطريات الاضطر (الوضع A)

ببر إزالة الكلف (الوضع M)

معدات الإمتصال للعلاج يتضمن:

تأول عطار الأيسوتريتينون (الأكوتان) خلال ال6 اشهر الماضية.

الحمل والرضاعة.

الأمراض الجلدية والتهابات و الأورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

مشاكل في الجهاز المناعي.

الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي.

ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

اليهاق.

هم تملأ ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة ان تحقق بعد الجملة الأولى. ولا يتضمن الطيب رضاي عن درجة التصن بعد عدة جلسات.

تم الفرغ لي عن الحاجة الى إنهاء خطة العلاج، وانا اتقدم ان النتائج قد تتخلف بالنظر الى استجابتي للليزر وتطبيقي التعليمات ما قبل وما بعد العلاج. وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر عا زويت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي فرحت لي بالكامل.

يهم ان كما هناك منافع للجراء المطلوب، اتقدم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الاقنام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

يهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتضمن 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 يستد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكاً، ألم، كدمات، التهاب، ندوب او انتفاخ.

حمة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج. و على ايضا ايقام عيناى مغلقتان أثناء العلاج. أقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة قبل ومضاعفات خفيف.

تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة، وقد تمت الإجابة على جميع اسئلتى وقد وقت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التاريخ: 03/11/18 التوقيع:

راسم أد علي

مريض/لوي امر المريض:



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001585)

Date:03-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001124 - RASHID AL ALI - 971506362169

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**