



File No: 1001143

Date: 7 / 11 / 2018

Date: 7 / 11 / 2018

File Number: 1001143

Patient Name: Shaikha Al Khatari

Date Of Birth: 20.8.1968 Gender: M (F)

Nationality: U.A.E. Occupation:

Address: Sharjah

E-MAIL:

Marital Status: (الجماعية)

Phone No. (رقم الهاتف): 0507479700

How did you know about us: Instigram

| التاريخ الطبي Medical History | | |
|---|--------------------|---|
| الحالة الطبية Medical Condition | Yes/No نعم / لا | If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتلقى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حالية؟ | X | |
| Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتلقى أي مثبوتات المناعة؟ | X | |
| Allergies هل لديك أي حساسية؟ | X | |
| Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تلقيت من أي امراض؟ | X | |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتيزم، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب | X | |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتلقى أي مميعات الدم؟ | X | |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم) لحميا (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم) | X | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبك، السل، امراض اخرى | X | |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تتلقى من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟ | X | |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حاملة؟ هل تتعاطين أي منع الحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | X | |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، امراض كبدية اخرى | X | |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟ | X | |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تتلقى من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟ | X | |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تتلقى من مرض الغدة الدرقية؟ | X | |
| Other conditions: HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحماق النطاقي 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 و أسمع الطبيب بطرح حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و الموافقة
- أفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تشخيصي بالنتائج الأفضل والخسة الأفضل.
- أفهم أنه من الممكن أن يتكشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في القصد الأمامي والتي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية والمداجات اللازمة والمطابقة بحكم خبرةه الطبية و الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي كما أفهم الخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أفهم تماما كافة الخطار و المضاعفات التي قد تكون مصحبة القصورات (الإجراءات المادية و الجراحية).
- و أدرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و المادية و الجراحية قد تقوي الي مضاعفات كالإصابة أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أفهم أن هناك رسوم بأحد الأيدي يجب علي دفعها مقابل الخدمة المادية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي التي قدمت لي تخفي لتألف صحيحة و أفهم ان أي معلومات تتناق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الإفشاء عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكافية لتقديم هذا القرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارتادي

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

التاريخ: ... / ... /

Patient Assessment Form استمارة تقييم المريض

Vital Signs المؤشرات الحيوية

| | | | | | |
|-----------------|-----|----------------------------|----|-------------------------|--|
| Weight (الوزن): | kg | Height (الطول): | cm | Blood Type (نوع الدم): | |
| Pulse (النبض): | ppm | Blood Pressure (ضغط الدم): | / | Blood Sugar (سكر الدم): | |

Chief Complaint سبب زيارة المريض العيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization

عمليات سابقة , احوال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (العقاقير) : Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

بشؤون طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام جهاز ليزر الـ Q-Switch أقر أنا _____

التفسير الكروي باستخدام لوشن الكروي فيقعه التفسير بالليزر هو أحد الاستجابات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع

عمره والبقية غير المرغوب بها المرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى). تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إزلة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي ح الحبوب، توسع مسلمات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. يشكل علم ينصح بـ 3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات، مراجعة كل 3-6 اشهر.

التفسير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتفسير بدون استخدام لوشن الكربون، بينما التفسير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكربون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا، بلانعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح بـ 6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

إزالة الوشم بالليزر.

الأورام الصغية:

تشقير الشعر.

إزالة فطريات الاضافر (الوضع A)

بيز إزالة الكلف (الوضع M)

معدات الإمتصال للعلاج يتضمن:

تأول عطر الأيسوتريتينون (الأكويتان) خلال الـ 6 اشهر الماضية.

الحمل والرضاعة.

الأمراض الجلدية والإتهابات و الأورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

مشاكل في الجهاز المناعي.

الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي.

ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

اليهاق.

عم تماما ان النتائج المتألية 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 انتهاء خطة العلاج، و اتا 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 هذا لما بعد العلاج والحذية بالضرورة التي شرحت لي بالكامل.

يهم ان كما هناك مخاطر للاجراء المطلوب، اتهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/الالتئام، ماعدا التفسير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

عم ان المضاعفات نادرة الحدوث 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 خفة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكة، ألم، كدمات، التهاب ندوب او انتفاخ.

حة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج. وطي ايضا ابقاء عياني مظلمتان اثناء العلاج، اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات خفيف.

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

التوقيع:

التاريخ:

م المريض/ولي امر المريض:

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

| | | | | | |
|-----------------|---|-------------------|---------------------------------|-------------------|-----------|
| Name | Shaikha,Abdalla,Mohamed,Haoul,Alkhatari | IDN: | 784196820431979 | Mother Name: | Mouza |
| Name (Ar) | شبيخة عبدالله محمد هاوول الخاتري | Card Number: | 089694792 | Mother Name (Ar): | موزة |
| Title: | | Nationality (Ar): | ARE الإمارات العربية المتحدة | Family ID: | 302000658 |
| Title(Ar): | | Sex: | F | Sponsor Type: | |
| Issue Date: | 26/06/2018 | Date of Birth: | 20/08/1968 | Sponsor Name: | |
| Expiry Date: | 26/06/2028 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | |
| Marital Status: | 02 | Residency Number: | | Residency Expiry: | |
| Residency Type: | | Occupation: | 2320 | Occupation Field: | 00 |
| ID Type: | ID | | | | |

Photo



Signature Image

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

11/7/2018



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-001626)

Date: 07-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001143 - SHAIKHA AL KHATERI - 971507479700

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: 07-11-2018

Being

Made by Ghada

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