



Date: ١٩ / ٠٥ / ٢٠١٥

File Number: ١٥٥١٤٥٥٣

Patient Name: Nagla Ibrahim fighalbar

اسم المريض: .....

Date Of Birth: ١٥ / ٠٥ / ١٩٨٢ Gender: M

Marital Status: (ع/ع/ت) .....

Nationality: Palestine

Phone No. (رقم الهاتف): ٥٥٥٥٥٩٥٦٥٣٥٣

Address: Sharjah

How did you know about us: .....

E-MAIL: ne.jk@ibrahim.2011@gmail.com

التاريخ الطبي Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم أذكر بالتفصيل
الحالة الطبية Medical Condition		
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي ستيرويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes	حساسية البزوفين
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطت من أي أمراض؟	No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart Valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات الدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (فقر الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين 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 تعاطت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاطت من مرض السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions HIV, HIV...etc	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.

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

Date: ... / ... / .....

### نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح 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 يكتشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نكر 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 العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين نتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالتهاب 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 لي قد بقي الملف صحيحة و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم 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: 2019 / 11 / 3

## 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

## التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، اإخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

## الملاحظات العامة و السريرية General &amp; 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

بشؤون طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام جهاز ليزر ال Q-Switch أقر أنا \_\_\_\_\_

التصوير الكروني باستخدام لوشن الكروني يتبعه التصوير بالليزر هو أحد الاستجابات لإزالة نضرة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والتدفؤ الصبغي (البقع

حمراء 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 ع الحبوب، توسع مسلمات الجلد، إزالة أو تخفيف القصر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام يتصح 3-5 جلسات معصمهم فترة زمنية من 2-4 أسابيع وجلسات مرآة كل 3-6 أشهر.

التصوير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتصوير بدون استخدام لوشن الكروني، بينما التصوير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكروني مما يبتهدف الأصباغ الأكثر عمقا ناتجة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإقهاب. يتصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 أشهر خصوصا في حالة الكلف.

إزالة الوشم بالليزر.

الأورام الصبغية.

تضيق الشعر.

إزالة نظريات الاضافر(الوضع A)

بير إزالة الكلف (الوضع M)

معلومات الإمتصمال للعلاج يتضمن:

تأول عتار الأصوتوتوتون (الأكوتوتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

الحمل والرضاعة.

الإمراض الجلدية والإقتهبات و الأورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

مشاكل في الجهاز المناعي.

الإصابة بالليزر والقهاب الكبد الوبائي.

ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

التهاق.

هم تملما ان النتائج المتتالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة ان تتحقق بعد الجلسة الأولى، ولا يتضمن الطبيب رضائي عن درجة التصن بعد عدة جلسات.

. تم القرح لي عن الحاجة الى انتهاء خطة العلاج، و انا اتفهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي لليزر وتطبيقي التعليمات ما قبل وما بعد العلاج. وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر بي زويت بيا وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والحاية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

هم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب، اتفهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تأخر في فترة الشفاء/ الاقتمام، ماعدا التصوير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

هم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت، تغيرات مشابهة لتغيرات 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 حكاً، ألم،كدمات، التهاب بندوب او انتفاخ.

مة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلي ايضا ايقام عتياي مطفان اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات ختير.

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

التاريخ:

التوقيع:

م المريض/ولي امر المريض:

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO

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>	Naglaa,Ibrahim,Hamdan,,Elghalban	<b>IDN:</b>	784198257431720	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	نجلاء،إبراهيم،حمدان،الغالبان	<b>Card Number:</b>	078369754	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	PSE فلسطين	<b>Family ID:</b>	
<b>Title(Ar):</b>		<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	08
<b>Issue Date:</b>	14/05/2016	<b>Date of Birth:</b>	10/04/1982	<b>Sponsor Name:</b>	
<b>Expiry Date:</b>	30/04/2019	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	00
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Residency Number:</b>	20120003022123	<b>Residency Expiry:</b>	30/04/2019
<b>Residency Type:</b>	03	<b>Occupation:</b>	99	<b>Occupation Field:</b>	00
<b>ID Type:</b>	IL				



Photo

Signature Image

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

1/5/2019



مركز أوركيديد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

493.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002192)

Date: 05-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001403 - NAGLAA IBRAHIM - 971505690703

The sum of Dhs. Four Hundred Ninety-Three Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 493.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 05-01-2019

Being PACKAGE 1000

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)





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 556.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-002193

Date: 05-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001403 - NAGLAA IBRAHIM - 971505690703

The sum of Dhs. Five Hundred Fifty Six and Five Fils Only

By Cash 556.50 / By Credit Card 0.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being ADVANCE FOR PACKAGE 1000 DHS(ZOOM + SCALING PENDING)- NON REFUNDABLE

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)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002953)

Date:12-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001403 - NAGLAA IBRAHIM - 971505690703**

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **157.50**

Bank: Cheque No.

Date: **12-03-2019**

Being **SCALING POLISHING**

Made by **Rana**

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : **1001403 - NAGLAA IBRAHIM - 971505690703**

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