

File No: ١٥٥١٦٢١

Date: 16/2/19

Date: ... / ... / .....  
Patient Name: Shurouq Al Shehhi File Number: ١٥٥١٦٢١  
اسم المريض: شروق علي محمد الشحي  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 21/11/1997 Gender (الجنس): M / (F) Marital Status (الحالة الاجتماعية): متزوج  
Nationality (الجنسية): لبنانية Occupation (الوظيفة): حساب السيرة  
Address (العنوان): ج.البحرية Phone No. (رقم الهاتف): ٥٢٥٠٧٥٤٥٥٠٢٣  
E-MAIL: shurouq.ahm@kcthamail.com How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History		Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟		✓	الحديد + كورتيزون
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟		X	
Allergies هل لديك أي حساسية؟		X	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟		X	
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 تتعاطى أي مميعات للدم؟		X	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)		✓	فقر دم
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى		✓	مرضين القلب
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 مانع للحمل؟ هل تعاني 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 السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟		X	
Other conditions HIV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...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 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 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 العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تفهيم لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي كالاتهاب أو التورم أو التزيف أو الالام أو الحساسية 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 كالالاتهاب أو التورم أو التزيف أو الالام أو الحساسية المرضية.
- 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 لذي قد بقي للملف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها بدون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و لي قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

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

التاريخ: 16 / 2 / 2019م

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

Vital Signs المؤشرات الحيوية

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة , ائحال للمستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (تعاطي الكحول) : Y / N

Drugs (تعاطي 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

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

التقنية الكيوية باستخدام لوشن الكربون بشفعة التقشير بالليزر هو أحد الإستراتيجيات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والتشدّد الصبغي (البقع

صمراء والبقع غير المرغوب بها والترتيممة بالتم بالمس وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إصرار الجلد، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، التوب التي ح الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معتمهم فترة زمنية من 2-4 أسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 أشهر.

التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكربون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكربون مما يستهدف الأصبغ الأكثر عمقا. ملاحظة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإقشاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 أشهر خصوصا في حالة الكلف.

إزالة الوشم بالليزر.

الأورام الصبغية.

تفتيح الشعر.

إزالة فطريات الاضافر(الوضع A)

بيور إزالة الكلف (الوضع M)

معدات الإمتصاع للعلاج يقصمن:

تاول عتار الأوسوترتوتون (الأكسيتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

الحمل والرضاعة.

الإمراض الجلدية والإلتقبات و الأورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

مشاكل في الجهاز المعاشي.

إلصابية بالليزر والتشاب الكبد الرباني.

ضعف الشفاء(تكون التوب الجلدية)

البهاق.

عم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة ان تحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يقصمن الطبيب رضائي عن درجة التقصن بعد عدة جلسات.

.تم الشرح لي عن الحاجة الى انهاء خطة العلاج، وانا اعلم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي لليزر وتقنيتي التعليمات ما قبل وما بعد العلاج.وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر في زومت بيا وسوف اتبع التعليمات الواردة دائما بما بعد العلاج والخاتمة باليشرة التي شرحت لي بالكامل.

يهم ان كما هناك منافع للإجراء المطلوب، اعلم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الانقاه، معانا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

يهم 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 حكك، ألم، كدمات، التآكل، توب او انتفاخ.

حة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج. واعي ايضا ابقاء عيناك مغلقتان أثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة قبل ومضاعفات خفيف.

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

التوقيع:

التاريخ:

م المريض/ولي امر المريض:

REDAD DATA  
CAEAIOEBAA830DQXO

Public Data Readed Suc

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	Shurooq,Al, Mohammed,Al,sharr,Alshehhi	IDN:	784199776546170	Mother Name:	
Name (Ar)	شروق, علي, محمد, الشري, الشهي	Card Number:	093053831	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality (Ar):	ARE	Family ID:	611000510
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	08/02/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	08/02/2024	Date of Birth:	27/11/1997	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo



Signature Image



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-002671)

Date:16-02-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001621 - SHUROOQ AL SHEHHI - 971507040073

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: 16-02-2019

Being **CARBON PEELING**Made by **Rana**

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 367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004914)

Date:31-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001621 - SHUROOQ AL SHEHHI - 971507040073

The sum of Dhs. Three Hundred Sixty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 367.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 31-08-2019

Being Pro-Facial treatment + VAT

Made by Hiba

- 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 : 1001621 - SHUROOQ AL SHEHHI - 971507040073

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