



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-009843)

Date: 02-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003330 - FATIMA LAGHMADI - 971563012448

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: 02-07-2020

Being carbon laser + vat

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 : 1003330 - FATIMA LAGHMADI - 971563012448

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

صحة... ابتسامة... جمال  
Health ... Smile ... Beauty

File No: .....

Date: 7/11/19

Date: 17/11/2019

File Number: 1003330

Patient Name: M. Zahra

إسم المريض: .....

Date Of Birth: 03/10/1990 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية) .....

Nationality: Moroccan Occupation: .....

Phone No. (رقم الهاتف): 0563018448

Address (العنوان): .....

How did you know about us: 1.mst/4

E-MAIL: Zahra.m.10a.fahima.2010am

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديداً؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes	sensitive skin
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميوعات الدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا (نقر الدم)، انيميا	Yes	Anemia
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، اي امراض كبدية اخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحاد البسيط	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.

I am fully aware that any payments is NON refundable

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 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 العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاج 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 للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فحفي الملف صحية. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

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

التاريخ: ... / ... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة . ابحال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات 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

.....



PATIENT NAME: *Fathma*

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	SIGNATURE
17/11/19	hair bikini, axilla, (Vikni 9g)	Dr. Wessam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist	<i>Wessam Marwan Al Tabbaa</i>
20/01/20	hair U.A + Bikini (Deka) 3rd session	Dr. Wessam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist	<i>Wessam Marwan Al Tabbaa</i>
21/02/20	hair U.A + Bikini (Deka)	Dr. Wessam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist	<i>Wessam Marwan Al Tabbaa</i>
22/12/2	under eyes filled	Teosyal PureSense Redensity II LOT TSRL - 184023A 2020 - 10 1ml	<i>Wessam Marwan Al Tabbaa</i>
	next: 2/3/2020		
	hair bikini - Norm	Dr. Wessam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist	<i>Wessam Marwan Al Tabbaa</i>
14/3/2020	fu: Norm	Dr. Wessam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist	<i>Wessam Marwan Al Tabbaa</i>
	advice pt start meq white eye		
19.6.2020	Carbon laser	Dr. Wessam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist	<i>Wessam Marwan Al Tabbaa</i>
3/6/2020	Carbon laser	Dr. Wessam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist	<i>Wessam Marwan Al Tabbaa</i>



precisely Kindly Answer the following questions

How do you better describe your skin Type <input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned <input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned <input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned <input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟ <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار <input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار <input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار <input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا البسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquinon on Site?Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتق أو كسي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? No	متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك أي وشوم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently? .....	ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حالياً؟ .....
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	لل سيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

I ..... here by consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser. I understand that laser produces a beam of light that generates an energy of a certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to impair its' ability to grow hair. I understand that the results of the treatment varies from one person to another by the variation of medical history and the skin type, hair type , patients commitment to precautions before and after sessions and the variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all alternative hair removal methods and I choose removing my unwanted hair by laser.

I consent that I got the following precautions:  
-It's not allowed to get tanned or use tanning solutions for 4-6 weeks before and after treatment.

- Waxing and Plucking must be avoided at least 6 weeks prior to sessions.
- Tattoos and permanent make up on treatment site will be affected by laser.
- Full Medical History must be given including previous treatments, allergies and skin type.
- people who took akutan during the last 6 months or any drugs that inhibits patients from sun exposure can not remove their hair by laser.
- I understand that i might see some change from first session, nevertheless the treatment will take many sessions to get the result.

Side Effect

side effects may include burning like redness, and it's possible to see some swelling or cracks. these side effects will fade away few hours to few days after treatment. hypo/hyperpigmentation is not common and it rarely last, it's advisable to avoid sun exposure, and to use sun protections.

I consent that I had the chance to enquire and ask any questions I have to the therapist and I have read and understood the content of this form (or it was read to me) and I am more than 18 years old or I have the approval of my sponsor.

Name and Signature

Date

... / ... / .....

انا...خاطبة...الليزر...لإزالة الشعر...بإقتدار...  
أنا أوريكيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوريكيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.

تفهم أن أشعة الليزر تنتج طبقاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم صاها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على انهاء الشعر.

تفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع البشرة و نوع و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص لاج. و إنني علم على كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالشمع و التفت و الكريما و إزالة شعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

بأنني قد تلتقت التعليمات التالية:

: يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج. يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.

لوشوم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة

لأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من تعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

هم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات

وصول على النتيجة المطلوبة.

مراض الجانبية

تتضمن الاعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض القرم و نقرات. و هذه الاعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أنه قد أتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و مت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت على موافقة ولي أمرى في حال عدم بلوغى السن القانوني.

سم و التوقيع

رئخ

2019/11/17



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,155.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006009)

Date:17-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003330 - FATIMA LAGHMADI - 971563012448

The sum of Dhs. One Thousand One Hundred Fifty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 1,155.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank:

Date: 17-11-2019

Cheque No.

Being PT PAID FOR 6 SESSION BIKINI + 6 SESSION UNDER ARMS + VAT OFFER 2 PKGS

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 : 1003330 - FATIMA LAGHMADI - 971563012448

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



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	Fatima,Ezzahra,,Laghmadi	IDN:	784199072473210	Mother Name:	
Name (Ar)	فاطمة الزهراء لعفادي	Card Number:	091515021	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	30/10/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	28/10/2020	Date of Birth:	03/10/1990	Sponsor Name:	ميراج بريت السباحة و السفر ذ م م
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120182454791	Residency Expiry:	28/10/2020
ID Type:	IL	Occupation:	5230	Occupation Field:	00



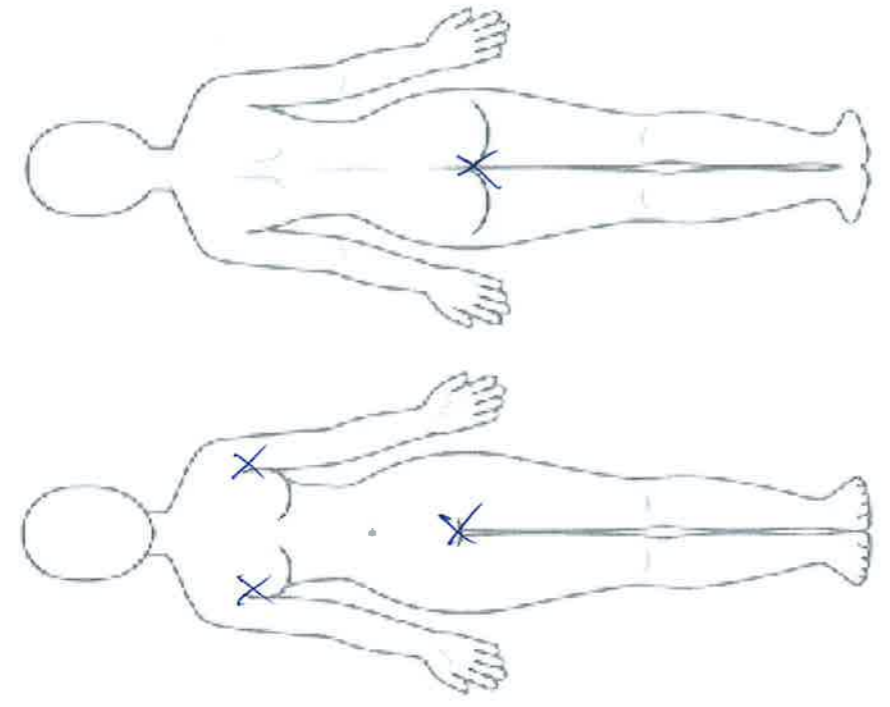
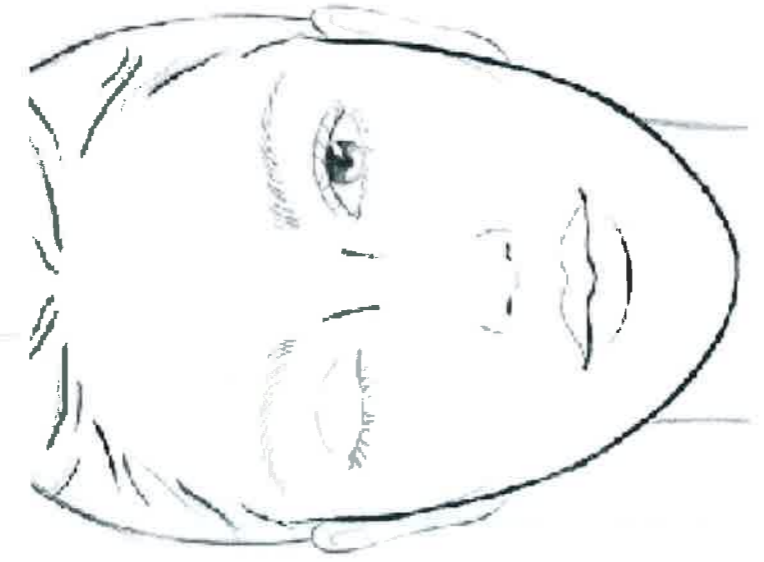
Photo

Signature Image

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

11/17/2019

Patient's Name: Fathima ..... اسم المريض: .....  
 File Number: ..... رقم الملف: .....  
 Pain Relief given? Yes / No ..... Evaluation and consent form completed? Yes / No .....  
 Pretreatment photography taken? Yes / No .....



3rd Deka, 4th

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date		20/01/20				
Treatment Area		U+A+Bikini				
Hair Type		Same				
Mode		GA				
Fluence		NDYAG: 16				
Pulse Type		U.A - 18J/4ms				
CNT Pulse		Bikini - 17J/20ms				
Passes		Bikini - 15				
Starting Time		8:30 pm				
Finish Time		6:45 pm				
Post Treatment		HIRUDO ID				

Therapist Name and Signature .....



مركز أوركيبيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,260.00

RECEIPT VOUCHER(No.REC-007790)

Date:22-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003330 - FATIMA LAGHMADI - 971563012448

The sum of Dhhs. **One Thousand Two Hundred Sixty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,260.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 22-02-2020

Being **UNDER EYE FILLER + VAT**

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 : 1003330 - FATIMA LAGHMADI - 971563012448

---

**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 500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-007773

Date: 21-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003330 - FATIMA LAGHMADI - 971563012448**The sum of Dhs. **Five Hundred Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **500.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **advance for 2 sessions carbon 500 + 2 sessions prp face 1300 + vat balance 1390**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

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

## ورقة موافقة على العلاج بالفيلير

22/1/2020 التاريخ:

انا السيد/السيدة فاطمة صالح فأؤكد بأنه تم شرح كيفية العلاج باستخدام الفيلير وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه.

لقد تم إبلاغي باحتمال ظهور بعض الأعراض الجانبية المصاحبة لحقن مادة الفيلير، والتي من المحتمل ظهورها بعد الجلسة مباشرة أو مؤخرا والتي قد تحتوي على:

التهابات (احمرار، وذمة، إلخ) وأيضا قد تصاحب شعور بالحك، ألم عند الضغط وذلك يكون بعد الحقن مباشرة. هذه الأعراض قد تستمر لمدة أسبوع.

ورم دموي - تيبس في المنطقة المحقونة - حدوث انتفاخ أو تورم أو التهاب او حساسية - حدوث تأثير بسيط أو عدم حدوثه

بشكل عام تكون هذه العلامات بدرجة معتدلة الى خفيفة وسوف تختفي من تلقاء نفسها بعد عدة أيام من جلسة الحقن.

الآثار النادرة الأخرى تتضمن:

لا يمكن التنبؤ بمدى استمرارية الفيلير في الجسم سواء أقصر أو أطول من المدة المتوقعة عدم تناظر الوجه - تغير طويل الأمد في لون الجلد - خمج فيروسي أو خمج جرثومي

ندبة-تقرح - ورم حبيبيومي - صدمة تحسسية - العمى

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 6 إلى 9 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح.

إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء او تأجيل المواعيد. وأيضا اتفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور او الوصف المرفق

نعم لا

التوقيع: 

التوقيع: \_\_\_\_\_

اسم المريض: \_\_\_\_\_

اسم المعالج: \_\_\_\_\_

## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز Q-Switch Laser أقر أنا المسلمة عطمة مسماة بتقويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

ليزر ال ■ التقشير الكروني باستخدام لوشن الكرونيو فيسمة التقشير بالليزر هو أحد الاستطيات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع الحمراء والبيضاء غير المرغوب بها) المرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى). تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إحصار الجلد، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الحبوب، توسيع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 أسابيع وجلسات مرآة كل 3-6 أشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكريون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بالإضافة لوشن الكريون مما يستهدف الأصبغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 أشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. شقير الشعر.

. إزالة فطريات الإصافر (الوضع A)

. بئر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكوتان) خلال ال6 أشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

. الأمراض الجلدية والإتهابات و الأورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإيز و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء (تكون الندوب الجلدية)

. التهاب.

أفهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوة ان تتحقق بعد الجلسة الاولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

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

أفهم ان كما هناك منقح للاجراء المطلوب، افهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الاثتام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الي فترة شفاء.

افهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت، آثارات مشابهة لتآقرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الي عدة ايام فقط، تغيرات صبغية ( بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الي ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حك، الم، كدمات، التهاب، ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . و علي ايضا ابقاء عينايا مغطان اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامله و مضاعفاته المحتملة، وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتني وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التوقيع:

التاريخ: