



File No:

Date: / /

Date: 25/6/2019

File Number: 1003663

Patient Name: Yasmine Mohamed

إسم المريض

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 3/12/1995

Marital Status:(الحالة الاجتماعية): Single

Gender (الجنس): M / F

Nationality (الجنسية): Egyptian

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان): Tanta

Phone No. (رقم الهاتف): 0509363024

E-MAIL: Yasmine.mohamed781@gmail.com

How did you know about us: Friend

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

Vital Signs
المؤشرات الحيوية

Weight (الوزن): Kg
Pulse (النبض): ppm
Height (الطول): cm
Blood Pressure (الضغط الدم): /
Blood Type (نصيلة 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 ، ايدال للمستشفى

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

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 of 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 الموزع.
- أتعلم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتعلم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر لي في النص 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 انه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التشخيصية المقدمة لي. كما اتعلم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتعلم ضمنا كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للخصومات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو القويم أو اليريق أو الالام أو الصسائية
- أتعلم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تصدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر ان كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمته لدي قمضي للمك صحيحة و اتعلم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان 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

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

توقيع المريض / والجور لصحتهم دون السن القانونية:



التاريخ: ... / ... /

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO*

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	Yasmeen,Mohamed,Fathy,,Fahmy	IDN:	784199510936059	Mother Name:	
Name (Ar)	ياسمين محمد فathy, فاهمي	Card Number:	094785761	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	27/05/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	21/05/2021	Date of Birth:	03/02/1995	Sponsor Name:	محمد فathy احمد محمد
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	58252025
Residency Type:	03	Residency Number:	20120113098678	Residency Expiry:	21/05/2021
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

12/26/2019

جهاز Q-Switch Laser أقر أنا _____ بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

ليزر ال ■ التقشير الكيروي باستخدام لوشن الكيروي بنية التقشير بالليزر هو أحد الإستراتيجيات لإعادة تصارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه، والشذوذ الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها) والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إحصار الجلد، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تنتج الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت، بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

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

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الأضافر (الوضع A)

. نير إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

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

. الحمل والرضاعة.

. الأمراض الجلدية والتهابات و الاورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإينز و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء (تكون الندوب الجلدية)

. البهاق.

أتفهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوحة ان تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضائي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى إنهاء خطة العلاج، و انا اتفهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى 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.

أتفهم ان كما هناك منافع لاجراء المطلوب، اتفهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الاثتام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

اتفهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : إحصار مؤقت، تأثيرات مشابهة لتغيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة أيام فقط، تغيرات صبغية (بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او إحصار مزمن قد يند من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكة، الم، كدمات، التهاب، ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلى ايضا ابقاء عيناى مغطاتان اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فقل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة، وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتى وقد وقعت على هذا الإقرار بكامل ارادتي.

التوقيع:

التاريخ:

اسم المريض/ولي امر المريض:

جاللين صحر



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006742)

Date:26-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003663 - YASMEN 000 - 971509363024**

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

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

Bank: Cheque No.

Date: **26-12-2019**

Being **1 SESSSION CARBON + VAT**

Made by **Reem**

- 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 : **1003663 - YASMEN 000 - 971509363024**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007342)

Date:30-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003663 - YASMEN 000 - 971509363024

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 30-01-2020

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 : 1003663 - YASMEN 000 - 971509363024

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