



File No: .....

Date: 2011 / 10

Date: ... / ... / .....  
Patient Name: Mona Amr File Number: 1003767  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 01/3/1997 Gender (الجنس): M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): متزوج  
Nationality (الجنسية): مصرية Occupation (الوظيفة): محاسبة  
Address (العنوان): بني سويف Phone No. (رقم الهاتف): 0507172420  
E-MAIL: .....

How did you know about us: بالتلفون

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



### 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 الاضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي بالعلاج الاصل و الخدمة الافضل.

أفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمور 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 تعيين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما تفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام 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 لدي فتحي للسلف صحيحة، و اتفهم ان اي معلومات تتفق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما 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

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

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

هنا محمد صبر عبد السلام

التاريخ: ١٠ / ١٠ / ٢٠٢٠

Vital Signs المؤشرات الحيوية

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادةDisease History التاريخ المرضي:Allergies الحساسيةMedications الأدويةPregnancy الحملPrevious Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة ، احوال المستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تداعلي العقاقير) : Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريريةExamination الفحصRadiography الصور الشعاعيةDiagnosis التشخيص

File No: .....

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....





## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز Q-Switch Laser أقر أنا هني عروص عبد الله بتقويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

ليزر ال ■ التقشير الكروني، يستخدم لوشن الكرونيو، يتيمه التقشير بالليزر هو أحد الإستطيات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع الحمراء والبيضاء غير المرغوب بها) والمربطة بالقدم بالسن وحالات أخرى، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إحصار الجلد، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. يشكل علم بنصح 3-5 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 الكرونيو، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكرونيو مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإتهاب. بنصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 أشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر.

. إزالة فطريات الأصافر (الوضع A)

. بيلر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

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

. الحمل والرضاعة.

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

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإنز و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

. التهاب.

أفهم تماما ان النتائج الحالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة ان تتحقق بعد الجلسة الاولى. ولا يتضمن الطبيب رضائي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

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

أفهم ان كما هناك منافع لإجراء المطلوب. افهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الاقتمام. ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

افهم 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 فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد 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 عينايا مغلقتان اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فملم ومضاعفات التخدير.

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

التوقيع:

هني عروص

التاريخ:

اسم المريض/ولي امر المريض:



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 300.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-007011

Date: 10-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003767 - MONA AMR - 971529990118**The sum of Dhs. **Three Hundred Only**By Cash **300.00** / 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 4 SESSION CARBON LASER + VAT BALANCE 330**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)**





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007012)

Date:10-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003767 - MONA AMR - 971529990118**

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: **10-01-2020**

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 : **1003767 - MONA AMR - 971529990118**

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