



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: .....

Date: / /

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

File Number: 1554534

Patient Name: .....

اسم المريض: ...

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 15 / 9 / 1977

Gender (الجنس): M / (F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): طاهر

Nationality (الجنسية): .....

Occupation (الوظيفة): .....

Address (العنوان): .....

Phone No. (رقم الهاتف): 055.1059.487

E-MAIL: .....

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

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition / الحالة الطبية	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؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant / هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies / هل لديك أي حساسية؟	نعم	التهنئتين
Surgical Operations, Serious Illness / هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لا	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease / جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants / هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لو كيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other / أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، أمراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease / هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems / هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases / التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other / قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease / هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes / هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions / هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc	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 أقرار 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 العلاجات و الإجراءات الطبية أو التحسينية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما 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 الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم 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 قيمته لدى فحسي الملف صحية، و تفهم ان أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستنقى سرية تماما 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 وقت علي بكمال اراضي

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

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

التاريخ: 2020/5/11

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): 66 Kg	Height (الطول): 159 cm	Blood Type (دمية الدم): AB
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (دمية الدم): /	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History (التاريخ المرضي):		
Allergies (الحساسية):		
Medications (الأدوية):		
Pregnancy (الحمل):		
Previous Surgeries, Hospitalization (عمليات سابقة، إقامات المستشفى):		
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N	Drugs (مخدرات): 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

.....



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	Zinah, Farooq, Taher	IDN:	784197919317475	Mother Name:	
Name (Ar)	زينه فاروق طاهر	Card Number:	096736551	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	DMA	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الدومينيكا		
Issue Date:	03/10/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	13/03/2021	Date of Birth:	15/09/1979	Sponsor Name:	حسين حامد علي السعيدى
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	05110248
Residency Type:	03	Residency Number:	30120033000835	Residency Expiry:	13/03/2021
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

5/12/2020

## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا سيف ماسر طاهر بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج

هو احد الإستطببات لإعادة التقشير الكروني باستخدام لوشن الكروني بتيمة التقشير بالليزر • جهاز ليزر الـ Q-Switch باستخدام

خطوط الوجه والشنوذ الصبغي (البقع الحمراء والنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم , علاج التجاعيد بصارة البشرة, وعلاج علامات التقدم بالسن بالسن وحالات أخرى), تحسين ملمس البشرة , علاج حب الشباب ,احمرار الجلد , إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب), الندوب التي تتبع إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام يوضح 3-5 جلسات معظمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات ,الحيوب, توسع مسامات الجلد ,مراجعة كل 3-6 اشهر

يؤوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكربون, بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بالإضافة التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر • لوشن الكربون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح بـ6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف

.إزالة الوشم بالليزر .

.الأورام الصيفية.

.تقشير الشعر .

الاصافر(الوضع فطريات إزالة A.)

بيير إزالة الكلف (الوضع JM.)

:مضادات الإمتعمال للعلاج يتضمن

.تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكوتان) خلال الـ6 اشهر الماضية .

.الحمل والرضاعة .

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

.مشاكل في الجهاز المناعي .

.الإصابة بالإيدز و التهاب الكبد الوبائي .

(ضعف الشفاء)تكون الندوب الجلدية .

.التهاق .

درجة التحسن بعد أتقهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوة أن تتحقق بعد الجلسة الأولى, ولا يتضمن الطبيب رضاي عن عدة جلسات

أقد تم الشرح لي عن الحاجة الي إنهاء خطة العلاج, و انا أتقهم أن النتائج قد تختلف بالنظر الي استجابتي للليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي الوارة العلاج, وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات بالكامل

أتقهم ان كما هناك منافع للأجراء المطلوب, أتقهم ان الأجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الالتئام, معدا التقشير الناعم الذي