



File No: .....

Date: 28/5/2020

Date: ... / ... / .....  
Patient Name: Shahid Jasin  
File Number: 1004638  
اسم المريض: شاهد جاسين محمد  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 24/4/2006 Gender (الجنس): M / E  
Marital Status (الحالة الاجتماعية): متزوج  
Nationality (الجنسية): البحريني  
Address (العنوان): جاسين  
Phone No. (رقم الهاتف): 39595959  
E-MAIL: .....  
How did you know about us: .....

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



### 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 المومل.
- 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 الطبية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو نتائج للعلاج و الإجراءات الطبية أو التشخيصية 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 الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب او التورم او النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحتي للملف الصحية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الأطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: 28.15.2024

نعم جاسم

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

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

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis





REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMl

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	Shahad,Jasim,Mohamed,Gholoum,Robari	IDN:	784200672865969	Mother Name:	
Name (Ar)	شهاد جاسم محمد غلولوم روبري	Card Number:	075197292	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	ARE	Family ID:	301015132
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة		
Issue Date:	04/10/2015	Sex:	F	Sponsor Type:	
Expiry Date:	04/10/2020	Date of Birth:	22/04/2006	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	98	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

No signature / إمضاء / بدون إمضاء

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

5/28/2020

## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا د. حاتم محمد بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج

هو أحد الإستطببات لإعادة التقشير الكيويتي باستخدام لوشن الكريونو بتيمة التقشير بالليزر • جهاز ليزر ال Q-Switch باستخدام

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

يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكريون, بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر • لوشن الكريون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإلتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف

. إزالة الوشم بالليزر .

. الأورام الصبغية.

. تشقير الشعر .

الإصافر (الوضع فطريات إزالة A).

ببر إزالة الكلف (الوضع M).

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن

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

. الحمل والرضاعة .

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

. مشاكل في الجهاز المناعي .

. الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي .

(ضعف الشفاء)كون الندوب الجلدية .

. التهاب .

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

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى انتهاء خطة العلاج , و انا اتفهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي للليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد هنا لما بعد العلاج والتغذية بالمشرة التي شرحت لي الواردة العلاج.وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات بالكامل

أتفهم ان كما هناك منافع للإجراء المطلوب, اتفهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/الانتانم, ماعدا التقشير الناعم الذي

لا يحتاج الى فترة شفاء

انضم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتضمن 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، الميكروبات، التهاب ندوب او انتفاخ

اتناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي وعلني ايضا ابقاء عيناك مغلقتان . اشعة الازر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اتناء العلاج. مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير

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

التوقيع

د. نوره النصور

التاريخ:

اسم المريض/ولي امر المريض: