



File No:

Date: / /

Date: ... / ... /

File Number:

Patient Name:

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 24 / 4 / 1988

(M / F)

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية):

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. : (رقم الهاتف): 05000414999

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 انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	NO	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	NO	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	نعم	أزمنة ربو
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي امراض؟		
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 مميعات للدم؟	NO	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	NO	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، امراض اخرى	yes	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من اي امراض في الكلى او امراض بولية او تناسلية؟	NO	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعالين 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، اي امراض معوية اخرى؟	NO	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع او اي امراض في الجهاز العصبي؟	NO	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري او امراض الغدة الدرقية؟	NO	
Other conditions هل تعاليت من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الايدز، فيروس الحلا 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.

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 لتنتج العلاجات 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 أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي بعضها 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 فتمشي للسلف صحيحة و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الإطلاع 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

توقيع المريض / ولي الأمر (من دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / 2026
28

Anood

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 (الضغط 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 , الخال 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

United Arab Emirates دولة الإمارات العربية المتحدة
Driving License رخصة القيادة

رقم الرخصة: 576376
اسم: عواد سليمان سالم سعيد

Name: ANOUD SULEIMAN SALEM SAIED
Nationality: COMORQS
Date of Birth: 23-04-1988

تاريخ الميلاد: 23-04-1988
تاريخ الإصدار: 01-03-2015
تاريخ الانتهاء: 28-02-2025

Issue Date: 01-03-2015
Expiry Date: 28-02-2025
Place of Issue: SHARJAH

مركز الترخيص: SHTR18859
Issuing Authority



إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز Q-Switch أقّر أنا عبد سلهيا بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

ليزر ال ■ التقشير الكريونى باستخدام لوشن الكريونو يتيمه التقشير بالليزر هو أحد الإستراتيجيات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشورذ الصغرى (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، احمرار الجلد، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الحبوب، ترميم مسلمات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معصهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مرآة كل 3-6 اشهر.

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

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصغرية.

. تقشير الشعر.

. إزالة فطريات الاضافر (الوضع A)

. بغير إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

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

. الحمل والرضاعة.

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

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإيدز و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية)

. البهاق.

أقهم تسمًا ان النتائج مشابهة تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة ان تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضاي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الفرح لي عن الحاجة الى انتهاء حظة العلاج، و انا اقهم 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 باليشرة التي شرحت لي بالكامل.

أقهم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب، اقهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الانتقام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

اقهم 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 نتنخاج.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية أثناء العلاج. و على ايضا ابقاء عيناى محافظان شفاء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامله وفترة ومضاعفاته المحتملة، وقد تمت الإجابة على جميع اسئلتى وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

Anoel

التوقيع:

التاريخ:

اسم المريض/اولي امر المريض:



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-010448)

Date: 28-07-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1005278 - ANOOD 000 - 971509414999

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

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

Bank: Cheque No.

Date: 28-07-2020

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 : 1005278 - ANOOD 000 - 971509414999

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