

Patient's Checklist For Laser Hair Removal								
Patient Name	:	Reshma Siya			Emirates ID	:	784-6478-3648736-8	
File No	:	4	DOB	:	1995-05-21	Nationality	:	Other
Gender		Female	Doctor's Name	:	dermatology derma	Date	•••	2024-02-27

No.	QUESTION	YES	NO	REMARKS
1.	هل انت حامل أو مرضعة ؟?Are you pregnant or nursing	0	О	
2.	هل تدخن؟?Do you smoke	0	0	
3.	هل?Are you sensitive to alcohol based products لديك حساسية من المواد الكحولية؟	C	О	
4.	Are you taking any mood altering or Depression medications at this time? هل تاخذ اي دواء لتقلبات المزاج او الاكتئاب	О	О	
5.	Are you taking any other medications at this time?? هل تاخذ اي دواء في الوقت الحاضر أو من قبل	C	O	
6.	هل لديك طفح?Do you get cold sores / fever blisters جلدي او تقرحات من الحرارة؟	O	O	
7.	هل قمت?Have you done any laser treatment before بازالة شعر بالليزر من قبل ؟	O	С	
8.	Do you have any permanent make-up or tattoos?? هل قمت باجراء ماکياج دائم او وشم	O	О	
9.	Have you recently been in the sun/tanning booth/wind-burned?هـل قمت مـؤخرا بـالتعرض للشــمس بهــدف الاســمرار ؟ ومــتى كــان اخر مرة تعرضت فيهــا للحرق الشمســي ؟	O	О	
10.	Have you ever had microdermabrasion or chemical peel?? هل قمت باي تقشير كيميائي للبشرة	O	О	
11.	Have you recently had facial surgery or laser resurfacing?? هل قمت مؤخرا باي جراحة للوجه	O	0	
12.	Have you ever had or have been treated for the following disease condition:هـل ســبق ان عــولجت من	О	О	
	•Diabetes Mellitusداء السكري	О	0	
	•Bleeding disorder/Problems	0	O	
	امراض منتقلة جنسـيSexually Transmitted Disease•	0	O	
	عدم انتظام ضربات القلبPacemaker	0	0	

	التهاب الكبد الفيروسـيHepatitis•	O	0	
13.	Do you use the following for hair removal?هل تستعمل الاتي لازالة الشعر ؟	O	O	
	•Shaving حلق	C	О	
	•Clipping النتف	C	О	
	•Waxing الشمع	C	О	
14.	Bo you have the following skin problems?هل لديك اي	O	O	
	•Acneحب الشباب	0	0	
	رؤوس بیضاء او سوداءComedon•	О	О	
	•Freckles النمس	O	О	
	•Small poresمسامات صغيرة	O	О	
	●Melasma کلف	C	О	
	•Psoriasis صدفية	C	О	
	•Sun damaged اضرار جلدية ناتجة عن الشمس	C	О	
	•Hypo pigmentation /hyper pigmentation حلدية	O	O	
15.	Have you ever had any of the following within the last year?هـل تعرضت لاـي مـن الاـمور التاليــة خلاـل الســنين الاخيرة ؟	0	О	
	• Bruising رضوض	O	0	
	•Age Spotsتصبغات	O	0	
	•Pigment changesتغير في الوان التصبغات	O	O	
	•Eczema اکزیما	O	0	
	• Warts التآليل	O	0	
	•Dermatitisالنهاب في الجلد	C	O	
	•Keloids جدرة	O	O	
	•Scarsقجدرة	C	O	
	ı			ı

PATIENT	DOCTOR			
4				
Patient Name Reshma Siya Date 2024-02-27 (18:00 - 18:30)	Doctor Name dermatology derma - Dermatology (0) Date 2024-02-27 (18:00 - 18:30)			

