


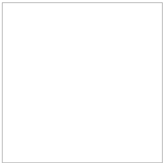
Patient's Checklist For Laser Hair Removal

| | | | | | |
|--------------|---|---------------|---------------|---|--------------------|
| Patient Name | : | Aswathi Vipin | Emirates ID | : | 784-2543-5254612-1 |
| File No | : | 1 | DOB | : | 1991-11-21 |
| Gender | : | Female | Doctor's Name | : | dermatology derma |
| | | | Date | : | 2024-01-25 |

| No. | QUESTION | YES | NO | REMARKS |
|-----|---|-----------------------|----------------------------------|---------|
| 1. | Are you pregnant or nursing? هل انت حامل أو مرضعة ؟ | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | d |
| 2. | Do you smoke? هل تدخن؟ | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| 3. | Are you sensitive to alcohol based products? هل لديك حساسية من المواد الكحولية؟ | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| 4. | Are you taking any mood altering or Depression medications at this time? هل تأخذ أي دواء لتقلبات المزاج أو الاكتئاب ؟ | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| 5. | Are you taking any other medications at this time? هل تأخذ أي دواء في الوقت الحاضر أو من قبل ؟ | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| 6. | Do you get cold sores / fever blisters? هل لديك طفح؟ جلدی او تقرحات من الحرارة؟ | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| 7. | Have you done any laser treatment before? هل قمت بازالة شعر بالليزر من قبل ؟ | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| 8. | Do you have any permanent make-up or tattoos? هل قمت باجراء ماكياج دائم او وشم ؟ | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| 9. | Have you recently been in the sun/tanning booth/wind-burned? هل قمت مؤخرا بالتعرض للشمس؟ بهدف الاسمرار ؟ ومتى كان اخر مرة تعرضت فيها للحرق الشمسي ؟ | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| 10. | Have you ever had microdermabrasion or chemical peel? هل قمت باي تقشير كيميائي للبشرة ؟ | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| 11. | Have you recently had facial surgery or laser resurfacing? هل قمت مؤخرا باي جراحة للوجه ؟ | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| 12. | Have you ever had or have been treated for the following disease condition: هل سبق ان عولجت من: الامراض التالية : | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| | •Diabetes Mellitusداء السكري | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| | •Bleeding disorder/Problemsمشاكل نزف | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| | •Sexually Transmitted Diseaseامراض منتقلة جنسي | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| | •Pacemakerعدم انتظام ضربات القلب | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |

| | | | | |
|-----|--|-----------------------|----------------------------------|----|
| | •Hepatitis التهاب الكبد الفيروسي | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| 13. | Do you use the following for hair removal?هل تستعمل الاتي لازالة الشعر ؟ | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | ff |
| | •Shaving حلق | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| | •Clipping-التف | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| | •Waxing الشمع | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| 14. | Do you have the following skin problems?هل لديك اي من المشاكل التالية : | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| | • Acne حب الشباب | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| | •Comedon رؤوس بيضاء او سوداء | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| | •Freckles النمش | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| | •Small pores مسامات صغيرة | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| | •Melasma كلف | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | fj |
| | •Psoriasis صدفية | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| | •Sun damaged اضرار جلدية ناتجة عن الشمس | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| | •Hypo pigmentation /hyper pigmentation تصبغات جلدية | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| 15. | Have you ever had any of the following within the last year?هل تعرضت لاي من الامور التالية خلال السنين الاخيرة ؟ | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| | •Bruising رضوض | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| | •Age Spots تصبغات | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| | •Pigment changes تغير في الوان التصبغات | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| | • Eczema اكزيما | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| | •Warts التآليل | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | j |
| | •Dermatitis التهاب في الجلد | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| | •Keloids جدرة | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |
| | •Scars جدرة | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | f |

Sign here, only if all of your questions have been answered to your satisfaction

| PATIENT | DOCTOR |
|---|---|
|  |  |
| <div>Patient Name Aswathi Vipin</div> <div>Date 2024-01-25 12:45</div> | <div>Doctor Name dermatology derma - Dermatology (0)</div> <div>Date 2024-01-25 12:45</div> |

