

Patient's Checklist For Laser Hair Removal

Patient Name	:	Alston Rebello	Emirates ID	:	784-1991-2906159-3
File No	:	17	DOB	:	1996-06-20
Nationality	:	Indian	Gender	:	Male
Doctor's Name	:	Alan Alfred	Date	:	2025-02-21

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

13.	Do you use the following for hair removal?هل تستعمل الاتي لازالة الشعر ؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Shavingحلق	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Clippingالنتف	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Waxingالشمع	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
14.	Do you have the following skin problems?هل لديك اي من المشاكل التالية :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Acneحب الشباب	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Comedonرؤوس بيضاء او سوداء	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Frecklesالنمش	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Small poresمسامات صغيرة	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Melasmaكلف	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Psoriasisصدفية	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Sun damagedاضرار جلدية ناتجة عن الشمس	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Hypo pigmentation /hyper pigmentationتصبغات جلدية	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
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 type="radio"/>	
	•Bruisingرضوض	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Age Spotsتصبغات	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Pigment changesتغير في الوان التصبغات	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Eczemaاكزيما	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Wartsالتآليل	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Dermatitisالتهاب في الجلد	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Keloidsجدره	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Scarsجدره	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

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

PATIENT	DOCTOR
	<div></div>
<div>Patient Name Alston Rebello</div> <div>Date 2025-02-21 (09:15 - 09:30)</div>	<div>Doctor Name Alan Alfred - Dental (15245565544445)</div> <div>Date 2025-02-21 (09:15 - 09:30)</div>

□