


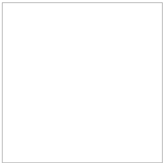
Patient's Checklist For Laser Hair Removal

Patient Name	:	adnic adnic	Emirates ID	:	784-7766-4326987-6
File No	:	12	DOB	:	2000-07-04
Nationality	:	Other	Date	:	2024-02-23
Gender	:	Male	Doctor's Name	:	dermatology derma

No.	QUESTION	YES	NO	REMARKS
1.	Are you pregnant or nursing? هل انت حامل أو مرضعة؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
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"/>	

	•Hepatitis التهاب 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"/>	
	•Shaving حلق	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Clipping -التف	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Waxing الشمع	<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"/>	
	•Acne حب الشباب	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Comedon رؤوس بيضاء او سوداء	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Freckles النمش	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Small pores مسامات صغيرة	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Melasma كلف	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Psoriasis صدفية	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Sun damaged اضرار جلدية ناتجة عن الشمس	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Hypo pigmentation /hyper pigmentation تصبغات 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"/>	
	•Bruising رضوض	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Age Spots تصبغات	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Pigment changes تغير في الوان التصبغات	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Eczema اكزيما	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Warts التآليل	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Dermatitis التهاب في الجلد	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Keloids جدره	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	•Scars جدره	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

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

PATIENT	DOCTOR
	
<div>Patient Name adnic adnic</div> <div>Date 2024-02-23 (10:30 - 10:45)</div>	<div>Doctor Name dermatology derma - Dermatology (0)</div> <div>Date 2024-02-23 (10:30 - 10:45)</div>

