

Laser Assessment Consent Form

نموذج الموافقة على تقييم الليزر

Patient Name اسم المريض	:	Reshma Siya	Emirates ID هوية الإمارات	:	784-6478-3648736-8
File No رقم الملف	:	4	DOB تاريخ الميلاد	:	1995-05-21
Gender جنس	:	Female	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Ahmad Irfan
			Date تاريخ	:	2024-03-04

Patient Name اسم المريض: Reshma Siya

Mobile No 971522058819 رقم الموبايل:

Emergency Contact اسم و رقم جهة تواصل للطوارئ: erret

Area(s) to be treated المنطقة التي سوف يتم معالجتها:

Are you currently under the care of another physician?

هل انت تحت اشراف طبيب اخر حاليا

☐ NO لا ☐ YES نعم Please Specify حدد:

For female patients, are you pregnant, trying to conceive, or breastfeeding ?

بالنسبة للمرضى النساء، هل أنت حامل، محاولة حمل أو

☐ NO لا ☐ YES نعم Please Specify حدد:

Do you have any allergy ?

هل انت تعاني من الحساسية

☐ NO لا ☐ YES نعم Please Specify حدد:

Do you have any medical condition or past illness ?

هل لديك أي حالة طبية أو مرض سابق

☐ NO لا ☐ YES نعم Please Specify حدد:

Do you have photosensitive disorder such as epilepsy , lupus , sun rash, vitiligo , porphyria , Scleroderma ?

هل لديك اضطراب حساسية للضوء مثل الصرع والذئبة والطفح الجلدي والبهاق والبرفيريا وتصلب الجلد

☐ NO لا ☐ YES نعم Please Specify حدد:

Are you currently taking any medications ?

هل تأخذ حاليا أي علاج

☐ NO لا ☐ YES نعم Please Specify حدد:

Please check medication / supplements taken for the past 6 months.

يرجى التحقق من الأدوية / المكملات الغذائية التي تم تناولها خلال الأشهر الستة الماضية.

☐ Accutane دواء الاكوتان ☐ Contraceptives موانع الحمل Please Specify حدد:

☐ Antihistamine مضادات الهيستامين ☐ Antibiotic مضاد حيوي Please Specify حدد:

☐ Gold Therapy العلاج بالذهب ☐ Ibuprofen ايبوبروفين Please Specify حدد:

☐ Aspirin اسبيرين ☐ Antihypertensive ارتفاع ضغط الدم Please Specify حدد:

☐ Fish Oils زيت السمك ☐ Others Please Specify حدد:

☐ St. John's Wort نبتة سانت جون

Do you have any tattoos or permanent makeup ?

هل لديك اي وشوم او مكياج دائم

☐ NO لا ☐ YES نعم Please Specify حدد:

Do you have history of keloid or hypertrophic scar ?

هل لديك تاريخ من الجذرة أو الندب الضخمة

☐ NO لا ☐ YES نعم Please Specify حدد:

Have you had any cosmetic procedure such as Botox , filler , threads , chemical peeling ?

هل لديك اي اجراء تجميلي مثل الفيلر والботوكس و الخيوط الشد التجميلية و التقشير الكيميائي

☐ NO لا ☐ YES نعم Please Specify type and date of treatment

ضلك حدد النوع والتاريخ التي قمت فيه باجراء تجميلي

Date : 3/4/2024 12:00:00 AM

Please check any tanning history and specify date of last use
من فضلك اختر تاريخ التعرض للشمس و حدد تاريخ اخر مرة

- ☐ Long Sun Exposure التعرض لأشعة الشمس لمدة طويلة
☐ Tanning Booth جهاز التسمير
☐ Spray Tans بخاخات التسمير

Date :3/4/2024 12:00:00 AM

Date :3/4/2024 12:00:00 AM

Date :3/4/2024 12:00:00 AM

Please select the one that best describe you if you were exposed to the sun for long hours without sunblock
يرجى تحديد أفضل ما يصفك إذا كنت قد تعرضت لأشعة الشمس لساعات طويلة بدون واقي شمسي

- ☐ Always burns,never tans دائما حروق ولا تسمير ابدا
☐ Usually burns,never tans عادة ما تحترق ، ولا تسمير أبدا
☐ Burns mildly,tans slowly حروق خفيفة ، تسمير ببطء
☐ Rarely burns,tans with ease نادرا ما احترق و تسمير بسهولة
☐ Very rarely burns, tans very easily نادرا جدا ما احترق و تسمير بسهولة
☐ Never Burns,always Tans لاحروق و دائما تسمير

Check any previous hair removal history if applicable
تحقق من أي تاريخ سابق لإزالة الشعر إن أمكن

- ☐ Waxing واكس
☐ Shaving حلاقة
☐ Plucking نتف
☐ Others
☐ Electrolysis جهاز كهربائي لازالة الشعر


Please Specify حدد:

Have you done any laser hair removal before ?
هل قمت بعمل ليزر لازالة الشعر من قبل ؟

- ☒ NO لا
☐ YES نعم
Please Specify the number of sessions done and date of last session
: يرجى تحديد عدد الجلسات التي تم إجراؤها وتاريخ آخر جلسة
Date :3/4/2024 12:00:00 AM

I attest the above information to be true , knowing my technician relies on this for safe and effective treatment

أشهد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة ، مع العلم أن فني يعتمد على هذا للحصول على علاج آمن وفعال

Sign here, only if all of your questions have been answered to your satisfaction قم بالتوقيع هنا، فقط إذا تمت الإجابة على جميع أسئلتك بما يرضيك	
Patient مريض	Doctor طبيب
	
Patient Name اسم المريض Reshma Siya Date تاريخ 2024-03-04 (10:45 - 11:00)	Doctor's Name اسم الطبيب Ahmad Irfan Date تاريخ 2024-03-04 (10:45 - 11:00)

