



### Consent Form for Microneedling Radio Frequency Treatment (MNRF)

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Treatment: \_\_\_\_\_

#### Introduction and Purpose

This consent form is intended to inform you about the Microneedling Radio Frequency (MNRF) treatment, its benefits, potential risks, and your responsibilities before undergoing the procedure. By signing below, you confirm that you have received all necessary information, understand the procedure, and consent to proceed with treatment.

#### الهدف والغرض

، وفوائده، والمخاطر المحتملة، والمسؤوليات المترتبة عليك قبل إجراء العلاج. بتوقيعك أدناه، (MNRF) الغرض من هذا النموذج هو إبلاغك بعلاج الوخز بالإبر بالترددات الراديوية ، فإنك تؤكد أنك قد تلقيت جميع المعلومات اللازمة، وفهمت الإجراء، ونوافق على المتابعة بالعلاج.

#### Treatment Overview

Microneedling Radio Frequency (MNRF) is a non-invasive procedure that uses fine needles to create tiny punctures in the skin while delivering radiofrequency energy. This stimulates collagen and elastin production, helping to improve skin texture, reduce wrinkles, tighten the skin, and treat acne scars, pigmentation, and other skin conditions.

#### نظرة عامة عن العلاج

هو إجراء غير جراحي يستخدم إبراً رفيعة لإنشاء ثقب صغيرة في الجلد أثناء توصيل طاقة الترددات الراديوية. يساعد هذا في تحفيز (MNRF) الوخز بالإبر بالترددات الراديوية إنتاج الكولاجين والإيلاستين، مما يعمل على تحسين نسيج الجلد، وتقليل التجاعيد، وشد الجلد، وعلاج ندبات حب الشباب، والتصبغات، وحالات الجلد الأخرى.

#### Risks and Side Effects

Although MNRF is generally considered safe, potential risks and side effects include:

- Redness, swelling, and mild irritation at the treatment site
- Bruising or pinprick marks
- Temporary darkening of skin pigmentation (in some cases)
- Risk of infection (if proper aftercare instructions are not followed)
- Rare: scarring, prolonged redness, or pigmentation changes
- **المخاطر والآثار الجانبية**  
يُعتبر آمناً عموماً، إلا أن هناك مخاطر وآثار جانبية محتملة تشمل MNRF على الرغم من أن العلاج بـ:  
• احمرار، وتورم، وتهيج خفيف في موقع العلاج  
• كدمات أو علامات وخز  
• تغير مؤقت في تصبغ الجلد (في بعض الحالات)  
• خطر العدوى (إذا لم يتم اتباع تعليمات العناية بعد العلاج)  
• نادر: ندبات، احمرار مستمر، أو تغيرات في التصبغ

#### Contraindications

You should not undergo MNRF treatment if you:

- Are pregnant or breastfeeding
- Have active skin infections, open wounds, or conditions like eczema or psoriasis in the treated area
- Have a history of keloid scarring or certain autoimmune disorders
- Are using certain medications that affect the skin's healing process (e.g., Accutane)
- **الموانع**  
إذا كنت MNRF يجب ألا تخضع لعلاج:  
• حاملاً أو ترضعين  
• لديك عدوى جلدية نشطة أو جروح مفتوحة أو حالات مثل الأكزيما أو الصدفية في المنطقة المعالجة  
• لديك تاريخ من ندبات الجذرة أو بعض الأمراض المناعية  
• تستخدمين أدوية تؤثر على عملية شفاء الجلد (مثل أكيوتان)

#### Pre-Treatment Requirements

- A full consultation with the treating provider is required to assess your skin condition and suitability for the treatment
- Avoid excessive sun exposure or tanning before the procedure
- Disclose all medications and skin care products you are currently using
- **متطلبات ما قبل العلاج**
- يتطلب الأمر استشارة كاملة مع المزود لتقييم حالة بشرتك ومدى ملاءمتك للعلاج
- تجنب التعرض المفرط للشمس أو التسمير قبل الإجراء
- إقضاء جميع الأدوية ومنتجات العناية بالبشرة التي تستخدمها حاليًا

### Post-Treatment Instructions

- You may experience mild redness, swelling, or irritation post-treatment, which should subside within a few hours to a couple of days
- Avoid direct sun exposure, tanning beds, and harsh skin care products for at least 1-2 weeks post-treatment
- Keep the treated area clean and follow any specific aftercare instructions given by the provider
- Contact the provider if you experience severe redness, swelling, or signs of infection
- **تعليمات ما بعد العلاج**
- قد تشعرين ببعض الاحمرار أو التورم أو التهيج بعد العلاج، والذي يجب أن يخف خلال بضع ساعات إلى يومين
- تجنب التعرض المباشر للشمس أو أسرة التسمير أو منتجات العناية بالبشرة القاسية لمدة أسبوع إلى أسبوعين بعد العلاج
- حافظ على نظافة المنطقة المعالجة واتبعي أي تعليمات بعد العلاج يقدمها المزود
- اتصل بالمزود إذا كنت تعاني من احمرار أو تورم شديد أو علامات عدوى

### Consent to Treatment

By signing this form, you confirm that:

1. You understood the information provided and had the opportunity to ask questions.
2. You have disclosed all relevant medical history, medications, and allergies to the treating provider.
3. You consent to undergo the Microneedling Radio Frequency treatment and understand the risks, benefits, and possible side effects.
- 4.
- 5.
6. You acknowledge that no guarantees have been made regarding the outcome of the treatment.
7. You understand that results may vary, and the treatment may require multiple sessions to achieve the desired outcome.
8. **الموافقة على العلاج**
9. **بإقرارك على هذا النموذج، فإنك تؤكد ما يلي:**
10. أنك قد قرأت وفهمت المعلومات المقدمة وكان لديك الفرصة لطرح الأسئلة.
11. أنك أفصحت عن جميع التاريخ الطبي والأدوية والحساسية ذات الصلة للمزود.
12. توافق على إجراء علاج الوخز بالإبر بالترددات الراديوية وتفهم المخاطر والفوائد والآثار الجانبية المحتملة.
13. تقر بأنه لم يتم تقديم أي ضمانات بشأن نتيجة العلاج.
14. تفهم أن النتائج قد تختلف وأن العلاج قد يتطلب عدة جلسات لتحقيق النتيجة المطلوبة.

### Patient's Acknowledgement and Signature

I, the undersigned, acknowledge that I have been fully informed about the Microneedling Radio Frequency (MNRF) treatment, including its risks, benefits, and possible side effects. I consent to proceed with the treatment as described above.

#### إقرار المريض وتوقيعه

، بما في ذلك مخاطره وفوائده وآثاره الجانبية المحتملة. أوافق على متابعة العلاج (MNRF) أنا الموقع أدناه، أقر بأنه تم إبلاغي بالكامل عن علاج الوخز بالإبر بالترددات الراديوية كما هو موصوف أعلاه.

Patient's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Doctor's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### Video & Photographic Consent

I consent to the taking of photographs and/or video recordings during my Microneedling Radio Frequency (MNRF) treatment for educational, promotional, or medical purposes. I understand that these images/videos may be used by the clinic and my identity will remain confidential unless explicit permission is given for sharing.

#### الموافقة على التصوير والفيديو

لأغراض تعليمية أو ترويجية أو طبية. أفهم أن هذه (MNRF) أوافق على التقاط الصور و/أو تسجيلات الفيديو أثناء علاجي بعلاج الوخز بالإبر بالترددات الراديوية الصور/الفيديوهات قد تُستخدم من قبل العيادة وستظل هويتي سرية ما لم يتم منح إذن صريح للمشاركة.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

