

Cosmique Aesthetic and Dermatology Clinic

عيادة كوزميك للجميل والأمراض الجلدية

Consent Form: PRP (Platelet-Rich Plasma) Face & Scalp

نموذج الموافقة: علاج الوجه وفروة الرأس بالبلازما الغنية بالصفائح الدموية
(PRP)

Patient Name | _____

Date of Birth | _____

Date | _____

نبذة عن الإجراء | Procedure Overview

PRP therapy uses your own blood, processed to concentrate platelets, which are then injected into the face and/or scalp.

يتم استخدام دم المريض نفسه، مع معالجته لتركيز الصفائح الدموية، ثم حقنه في الوجه و/أو فروة الرأس.

Face Treatment | علاج الوجه: Improves skin texture, reduces fine lines, wrinkles, pigmentation, and rejuvenates the skin.

يحسن ملمس البشرة، يقلل الخطوط الدقيقة والتجاعيد والتصبغات، ويجدد نضارتها.

Scalp Treatment | علاج فروة الرأس: Stimulates hair follicles to promote hair growth and treat thinning hair.

يحسن نمو الشعر عن طريق تحفيز بصيلات الشعر ومعالجة ترقق الشعر.

الفوائد | Benefits

- Natural rejuvenation | تجديد طبيعي
 - Improves skin texture and elasticity | تحسين ملمس البشرة ومرونتها
 - Stimulates hair growth | تحفيز نمو الشعر
 - Minimal downtime | فترة تعافي قصيرة
 - Safe and effective | آمن وفعال
-

Possible Side Effects | الآثار الجانبية المحتملة

- Bruising, redness, or swelling at injection sites | كدمات أو احمرار أو تورم في موقع الحقن
 - Mild pain or discomfort | ألم خفيف أو ازعاج
 - Temporary hair shedding (for scalp) | تساقط مؤقت للشعر
 - Rare infection or scarring | عدوى أو تداب نادر
-

Pre-Treatment Instructions | تعليمات قبل العلاج

- Avoid blood-thinning medications (aspirin, ibuprofen) for 7 days unless prescribed | تجنب أدوية تمبيع الدم لمدة 7 أيام ما لم يصفها الطبيب
 - Avoid alcohol 24 hours before | تجنب الكحول قبل 24 ساعة
 - Avoid excessive sun or tanning 1 week before | تجنب الشمس أو التسمير لمدة أسبوع
 - Eat a light meal | تناول وجبة خفيفة قبل العلاج
 - Keep treated area clean | حافظ على نظافة المنطقة المعالجة
-

Medical History Questions | أسئلة التاريخ الطبي

1. Are you pregnant or breastfeeding? | هل أنت حامل أو مرضع؟
2. Any active skin infections? | أي عدوى جلدية نشطة؟
3. Any blood disorders? | أي اضطرابات دم؟
4. Taking blood-thinners? | تتناول أدوية ممبيعة للدم؟
5. History of keloid scars? | تاريخ من ندبات الجدرة؟
6. Used Accutane in past 6 months? | استخدمت أكتوتان خلال 6 أشهر الماضية؟
7. History of hair loss? | تاريخ تساقط الشعر؟
8. Undergoing chemotherapy? | تخضع للعلاج الكيميائي؟
9. Any autoimmune disorders? | أي أمراض مناعية؟
10. Any chronic medical conditions? | أي حالات طبية مزمنة؟

(Answer Yes / No | الإجابة بنعم / لا)

الإقرار والموافقة | Acknowledgment and Consent

I understand PRP therapy uses my blood and involves injections into the face and/or scalp.
أفهم أن علاج PRP يستخدم دمي ويشمل الحقن في الوجه و/أو فروة الرأس.

I acknowledge the risks and side effects, including bruising, swelling, redness, infection, or temporary hair shedding.
أقر بالمخاطر والأثار الجانبية المحتملة، بما في ذلك الکدمات، التورم، الاحمرار، العدوى، أو تساقط الشعر المؤقت.

I understand results may vary and multiple sessions may be needed.
أفهم أن النتائج قد تختلف وقد تتطلب عدة جلسات.

I agree to follow all instructions before and after treatment.
أوافق على اتباع جميع التعليمات قبل وبعد العلاج.

I voluntarily consent to PRP treatment and may discontinue anytime.
ويمكنني التوقف في أي وقت PRP أوافق طوحاً على علاج.

Patient Signature | _____
Date | _____

Practitioner Signature | _____
Date | _____