

**Cosmique Aesthetic and Dermatology Clinic**  
**نموذج موافقة علاج البوستر للبشرة / Skin Boosters Consent Form**

---

**Patient Information / بيانات المريض**

**Patient Name:** \_\_\_\_\_  
اسم المريض: \_\_\_\_\_

**Procedure: Skin Booster Injection Treatment**

الإجراء: علاج حقن البوستر للبشرة

**Date:** \_\_\_\_\_  
التاريخ: \_\_\_\_\_

**1. Treatment Description / وصف العلاج**

Skin boosters are injectable hyaluronic acid treatments designed to improve skin hydration, elasticity, and texture through multiple micro-injections.

العربية:

. البوستر للبشرة هو علاج يعتمد على حقن حمض الهيالورونيك لتحسين ترطيب البشرة ومرونتها ولمسها من خلال عدة حقن دقيقة داخل طبقات الجلد

**2. Expected Benefits / الفوائد المتوقعة**

- Improved skin hydration
- Enhanced elasticity and smoothness
- Reduction of fine lines
- Healthier, glowing skin
- تحسين ترطيب البشرة
- زيادة المرونة والنعومة
- تقليل الخطوط الرفيعة
- بشرة أكثر صحة وإشراقاً

**3. Risks & Side Effects / المخاطر والآثار الجانبية**

I understand that the treatment may cause:

- Redness, swelling, or bruising
- Discomfort or tenderness
- Small temporary bumps
- Infection (rare)
- Allergic reaction (rare)
- Unsatisfactory results

العربية:

: أفهم أن العلاج قد يسبب

- احمرار أو تورم أو كدمات
- ألم أو حساسية بسيطة
- ظهور تكتلات مؤقتة
- (عدوى (نادر
- (حساسية (نادر
- نتائج قد لا تكون مرضية

#### 4. Contraindications / موانع العلاج

I confirm that I have informed the practitioner if I have:

- Pregnancy or breastfeeding
- Active skin infection
- Autoimmune disease
- Severe allergies
- Blood-thinning medication
- Recent cosmetic treatment in the same area

:أؤكد أنني أبلغت الطبيب إذا كنت أعاني من

- الحمل أو الرضاعة
- التهابات جلدية نشطة
- أمراض مناعية
- حساسية شديدة
- استخدام أدوية مميعة للدم
- علاجات تجميلية حديثة في نفس المنطقة

#### 5. Pre- & Post-Care Instructions / تعليمات قبل وبعد العلاج

Before Treatment:

- Avoid alcohol for 24 hours
- Avoid blood thinners unless prescribed

قبل العلاج:

- تجنب الكحول لمدة 24 ساعة
- (تجنب مميعات الدم إن أمكن (إلا بوصفة طبية

After Treatment:

- No touching or massaging the area
- No makeup for 24 hours
- Avoid heat, sauna, and exercise for 24–48 hours

بعد العلاج:

- عدم لمس أو تدليك المنطقة
- عدم وضع المكياج لمدة 24 ساعة
- تجنب الحرارة والساونا والرياضة لمدة 24–48 ساعة

#### 6. Consent / الموافقة

English:

I confirm that I understand the procedure, risks, and expected results. I voluntarily agree to undergo Skin Booster treatment. I understand results are not guaranteed.

العربية:

. أؤكد أنني فهمت طبيعة العلاج والمخاطر والنتائج المتوقعة، وأوافق طوعاً على إجراء علاج البوستر للبشرة. كما أفهم أن النتائج غير مضمونة

#### 7. Patient Signature / توقيع المريض

Patient Name / اسم المريض: \_\_\_\_\_

Signature / التوقيع: \_\_\_\_\_

Date / التاريخ: \_\_\_\_\_

#### 8. Practitioner Details / بيانات الممارس

Practitioner Name / اسم الممارس: \_\_\_\_\_

Signature / التوقيع: \_\_\_\_\_

Date / التاريخ: \_\_\_\_\_