

GFC TREATMENT CONSENT FORM

(GFC) نموذج الموافقة على علاج عوامل النمو المركزية

COSMIQUE AESTHETIC AND DERMATOLOGY CLINIC

عيادة كوزميك للجميل والأمراض الجلدية

Patient Name: _____

اسم المريض: _____

Date of Birth: _____

: تاريخ الميلاد _____

Date: _____

: التاريخ _____

PROCEDURE

الإجراء

GFC (Growth Factor Concentrate) is a regenerative aesthetic treatment derived from the patient's own blood. It involves collecting a small blood sample, processing it to concentrate growth factors, and injecting it into the scalp or skin to improve hair growth or skin quality.

هو إجراء تجميلي تجديدي يتم استخلاصه من دم المريض نفسه، حيث يتم سحب عينة دم صغيرة (GFC) علاج عوامل النمو المركزية ومعالجتها لاستخلاص عوامل النمو ثم حقنها في فروة الرأس أو البشرة لتحسين نمو الشعر أو جودة الجلد.

I UNDERSTAND THAT

أقر وأفهم ما يلي

GFC is an elective aesthetic treatment and not medically necessary.

هو إجراء تجميلي اختياري وليس ضرورة طبية GFC علاج

The treatment involves blood collection and multiple small injections.

يتضمن العلاج سحب الدم وإجراء عدة حقن صغيرة.

Local anesthesia or numbing cream may be used for comfort.

قد يتم استخدام تخدير موضعي أو كريم مخدر لراحة المريض.

Common side effects include redness, swelling, tenderness, bruising, or mild discomfort.

تشمل الآثار الجانبية الشائعة الاحمرار أو التورم أو الحساسية أو الكدمات أو الانزعاج الخفيف.

Rare risks include infection, allergic reaction, bleeding, or temporary headache.

تشمل المخاطر النادرة العدوى أو الحساسية أو النزيف أو الصداع المؤقت.

Results vary from person to person and multiple sessions may be required.

تحتاج النتائج من شخص لآخر وقد تتطلب عدة جلسات.

No guarantees have been made regarding the final outcome.

لا يوجد ضمان لنتائج محددة أو نهائية.

I must follow all post-treatment care instructions provided by the clinic.

يجب الالتزام بجميع تعليمات العناية بعد العلاج المقدمة من العيادة.

I have informed the clinic of all medical conditions, medications, allergies, and previous treatments.

قمت بإبلاغ العيادة بجميع الحالات الطبية والأدوية والحساسيات والعلاجات السابقة.

CONTRAINDICATIONS

موانع الإجراء

Please check if applicable:

يرجى وضع علامة إذا انتطبق:

Active infection or inflammation in treatment area

التهاب أو عدوى نشطة في منطقة العلاج

Blood disorders or anticoagulant therapy

اضطرابات الدم أو استخدام مميعات الدم

Autoimmune or chronic medical conditions

أمراض مناعية أو مزمنة

Pregnancy or breastfeeding

الحمل أو الرضاعة

CONSENT

الموافقة

I confirm that I have had the opportunity to ask questions and understand the risks, benefits, and alternatives. I voluntarily consent to undergo GFC treatment at Cosmique Clinic.

في عيادة GFC أؤكد أنه أتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة وفهم المخاطر والفوائد والبدائل، وأوافق طواعاً على الخضوع لعلاج كوزميك.

Patient Signature: _____

: توقيع المريض _____

Date / _____

Clinician Name & Signature: _____

: اسم وتوقيع الطبيب _____

Date / _____