

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 ومرؤتها وملمسها من خلال عدّة 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 طواعاً على إجراء علاج البوoster للبشرة. كما أفهم أن النتائج غير مضمونة.

7. Patient Signature / توقيع المريض

Patient Name / _____
Signature / _____
Date / _____

8. Practitioner Details / بيانات الممارس

Practitioner Name / _____
Signature / _____
Date / _____