



COSMIQUE

Aesthetics and Dermatology Clinic

Cosmique Aesthetic and Dermatology Clinic Chemical Peel Consent Form

نموذج موافقة على إجراء تقشير كيميائي تجميلي

Patient Name / اسم المريض: _____

Age / العمر: _____

Gender / الجنس: _____

Date / التاريخ: _____

Procedure / الإجراء:

Aesthetic Chemical Peel

تقشير كيميائي تجميلي

Description / الوصف:

This procedure involves applying a chemical solution to the skin to improve its appearance by removing dead skin cells and promoting skin regeneration.

يشمل هذا الإجراء وضع محلول كيميائي على الجلد لتحسين مظهره عن طريق إزالة الخلايا الميتة وتعزيز تجدد الجلد.

Benefits / الفوائد:

- Improves skin texture and tone
- Reduces fine lines and pigmentation
- Promotes healthy skin renewal
- يحسن ملمس ولون الجلد
- يقلل من الخطوط الدقيقة وتصبغات الجلد
- يعزز تجدد الجلد الصحي

Risks & Side Effects / المخاطر والآثار الجانبية:

Possible side effects may include:

- Redness, peeling, or irritation
- Sensitivity to sunlight
- Temporary discomfort or stinging
قد تشمل الآثار الجانبية:
- احمرار ، تفشر ، أو تهيج
- حساسية تجاه الشمس
- انزعاج أو لسعة مؤقتة

Precautions / الاحتياطات :

- Avoid direct sun exposure and use sunscreen
- Follow all post-procedure instructions
- Do not use other strong skin treatments unless approved
- تجنب التعرض المباشر للشمس واستخدام واقي الشمس
- الالتزام بتعليمات ما بعد الإجراء
- عدم استخدام علاجات جلدية قوية أخرى إلا بموافقة الطبيب

Consent / الموافقة :

I hereby give my consent to undergo the Aesthetic Chemical Peel procedure. I have read and understood the procedure, potential benefits, risks, and precautions. I have had the opportunity to ask questions, and all my questions have been answered to my satisfaction.

أوافق بموجب هذا على الخضوع لإجراء تفشير كيميائي تجميلي. لقد قرأت وفهمت الإجراء والفوائد المحتملة والمخاطر والاحتياطات. وقد أتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة، وتم الرد على جميع أسئلتي بما يرضيني.

Patient Signature / توقيع المريض / _____

Doctor/Clinician Signature / توقيع الطبيب / المختص / _____