

# GFC TREATMENT CONSENT FORM

## (GFC) نموذج الموافقة على علاج عوامل النمو المركزة

COSMIQUE AESTHETIC AND DERMATOLOGY CLINIC

عيادة كوزميك للتجميل 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 المركزة 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.

تختلف 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 انطبق:

☐ 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 أتيتحت لي الفرصة لطرح الأسئلة وفهم المخاطر والفوائد والبدائل، وأوافق طوعاً على الخضوع لعلاج كوزميك.

---

**Patient Signature:** \_\_\_\_\_

توقيع المريض: \_\_\_\_\_

**Date / التاريخ:** \_\_\_\_\_

**Clinician Name & Signature:** \_\_\_\_\_

اسم وتوقيع الطبيب: \_\_\_\_\_

**Date / التاريخ:** \_\_\_\_\_