



# COSMIQUE

Aesthetics and Dermatology Clinic

## Cosmique Aesthetic and Dermatology Clinic

### HIFU TREATMENT CONSENT FORM

(HIFU) نموذج الموافقة على علاج الهايفو

Patient Name: \_\_\_\_\_

اسم المريض: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

Contact Number: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

#### Treatment Information | معلومات عن العلاج

HIFU (High-Intensity Focused Ultrasound) is a non-invasive aesthetic procedure used for skin tightening, lifting, and rejuvenation. الهايفو (الموجات فوق الصوتية المركزة عالية الكثافة) هو إجراء تجميلي غير جراحي يُستخدم لشد البشرة ورفعها وتحفيز الكولاجين.

The treatment works by delivering focused ultrasound energy to deeper layers of the skin. يعتمد العلاج على توصيل طاقة الموجات فوق الصوتية إلى الطبقات العميقة من الجلد.

#### Expected Results | النتائج المتوقعة

I understand that results may vary from person to person and are not guaranteed. أفهم أن النتائج قد تختلف من شخص لآخر ولا يمكن ضمانها.

Results may appear gradually over several weeks to months. قد تظهر النتائج تدريجياً خلال عدة أسابيع إلى أشهر.

#### Possible Side Effects | الآثار الجانبية المحتملة

I understand that temporary side effects may include but are not limited to: أفهم أن الآثار الجانبية المؤقتة قد تشمل، على سبيل المثال لا الحصر:

- Redness or swelling  
احمرار أو تورم
- Mild pain or discomfort  
ألم خفيف أو شعور بعدم الراحة

- Tingling or tenderness  
وخز أو حساسية
- Rare cases of bruising or numbness  
في حالات نادرة: كدمات أو خدر

These effects usually resolve within a few hours to days.  
عادةً تختفي هذه الأعراض خلال ساعات إلى عدة أيام.

#### Medical Disclosure | الإفصاح الطبي

I confirm that I have informed the practitioner about my full medical history, including:  
أؤكد أنني قمت بإبلاغ المختص بتاريخي الطبي الكامل، بما في ذلك:

- Pregnancy or breastfeeding  
الحمل أو الرضاعة
- Skin conditions or infections  
أمراض أو التهابات جلدية
- Metal implants or pacemakers  
وجود زرعات معدنية أو منظم ضربات القلب
- Any medications I am currently taking  
أي أدوية أتناولها حالياً

#### Post-Treatment Care | العناية بعد العلاج

I agree to follow all post-treatment instructions provided by the clinic.  
أوافق على الالتزام بجميع تعليمات العناية بعد العلاج المقدمة من العيادة.

I understand that failure to follow instructions may affect results.  
أفهم أن عدم الالتزام بالتعليمات قد يؤثر على النتائج.

#### Consent & Acknowledgment | الإقرار والموافقة

I confirm that the procedure has been explained to me in detail, including benefits, risks, and alternatives.  
أقر بأنه تم شرح الإجراء لي بالتفصيل، بما في ذلك الفوائد والمخاطر والبدائل.

I have had the opportunity to ask questions, and all my questions have been answered to my satisfaction.  
أتاحت لي الفرصة لطرح الأسئلة وتمت الإجابة عليها بما يرضيني.

I voluntarily consent to undergo the HIFU treatment.  
أوافق طوعاً على الخضوع لعلاج الهايفو.

Patient Signature: \_\_\_\_\_  
توقيع المريض: \_\_\_\_\_

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

Practitioner Name & Signature: \_\_\_\_\_  
اسم وتوقيع المختص: \_\_\_\_\_