

Cosmique Aesthetic and Dermatology Clinic

عيادة كوزميك للتجميل والأمراض الجلدية

Consent Form: Fat Burning / Mesolipolysis Injections

نموذج الموافقة: حقن إذابة الدهون / الميزوليپوليسيس

Patient Name: _____

اسم المريض: _____

DOB: _____ MRN: _____

الرقم الطبي: _____ تاريخ الميلاد: _____

Date: _____

التاريخ: _____

Procedure Overview

نظرة عامة على الإجراء

Mesolipolysis (fat-burning injection therapy) is a non-surgical cosmetic procedure involving localized injections of fat-dissolving substances such as phosphatidylcholine, deoxycholate, L-carnitine, or other compounds into targeted fat pockets.

الميزوليپوليسيس هو إجراء تجميلي غير جراحي يتضمن حقن مواد مذيية للدهون مثل الفوسفاتيديل كولين أو الديوكسيكولات أو إل-كارنيتين أو مركبات أخرى في مناطق محددة تحتوي على دهون موضعية.

It is commonly used on the abdomen, thighs, arms, and under the chin to reduce localized fat and improve body contour.

يُستخدم عادة في البطن والفخذين والذراعين وتحت الذقن لتقليل الدهون الموضعية وتحسين تناسق الجسم.

Benefits

الفوائد

Reduction of stubborn fat deposits.

تقليل تراكمات الدهون العنيدة.

Improved contour in treated areas.

تحسين شكل وتناسق المناطق المعالجة.

Non-surgical procedure with minimal downtime.

إجراء غير جراحي مع فترة تعافٍ قصيرة.

Possible Side Effects

الآثار الجانبية المحتملة

Swelling, bruising, redness, or tenderness at the injection site.

تورم أو كدمات أو احمرار أو ألم في موقع الحقن.

Numbness or itching.

تنميل أو حكة.

Temporary lumps or firmness under the skin.

ظهور كتل مؤقتة أو تصلب تحت الجلد.

Allergic reaction.

تفاعل تحسسي.

Infection or delayed healing.

عدوى أو تأخر في التئام الجروح.

Precautions

الاحتياطات

I confirm that I have disclosed all medical history, allergies, and medications.

أؤكد أنني قمت بالإفصاح عن جميع الحالات الطبية والحساسيات والأدوية.

I understand that multiple sessions may be required for optimal results.
أفهم أن النتائج المثلى قد تتطلب عدة جلسات.

I acknowledge that results may vary depending on body type and lifestyle.
أدرك أن النتائج قد تختلف حسب طبيعة الجسم ونمط الحياة.

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

Consent

الموافقة

I confirm that I have been informed about the procedure, its risks, benefits, and alternatives. I have had the opportunity to ask questions and received satisfactory answers.
أؤكد أنني قد تلقيت شرحاً كاملاً عن الإجراء ومخاطره وفوائده والبدائل المتاحة، وقد أتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة وتمت الإجابة عليها بشكل مرضٍ.

I understand that this is an elective cosmetic procedure and not medically necessary.
أفهم أن هذا إجراء تجميلي اختياري وليس ضرورة طبية.

I voluntarily consent to receive Mesolipolysis injections.
(أوافق طوعاً على الخضوع لحقن إذابة الدهون (الميزوليپوليسيس).

Patient Signature: _____

توقيع المريض: _____

Date / التاريخ: _____

Practitioner Name: _____

اسم الممارس: _____

Signature / التوقيع: _____