

Cosmique Aesthetic and Dermatology Clinic

عيادة كوزميك للتجميل والأمراض الجلدية

Consent Form: Mesotherapy Treatment

نموذج الموافقة: الميزوثيرابي للوجه

Patient Name: _____

اسم المريض: _____

DOB: _____ MRN: _____

الرقم الطبي: _____ تاريخ الميلاد: _____

Date: _____

التاريخ: _____

Procedure Overview

نظرة عامة على الإجراء

Mesotherapy for the face is a non-surgical cosmetic procedure involving multiple microinjections of vitamins, hyaluronic acid, antioxidants, or other active substances into the skin.

الميزوثيرابي للوجه هو إجراء تجميلي غير جراحي يتضمن عدة حقن دقيقة للفيتامينات أو حمض الهيالورونيك أو مضادات الأكسدة أو مواد فعالة أخرى داخل الجلد.

The treatment aims to improve skin hydration, texture, tone, and overall facial appearance.

يهدف العلاج إلى تحسين ترطيب البشرة ولمسها ولونها والمظهر العام للوجه.

Benefits

الفوائد

- Improved skin hydration and texture.
 - تحسين ترطيب البشرة وملمسها.
 - Reduced fine lines and dullness.
 - تقليل الخطوط الدقيقة وبهتان البشرة.
 - Rejuvenated and brighter facial appearance.
 - تجديد وإشراق مظهر الوجه.
-

Possible Side Effects

الآثار الجانبية المحتملة

- Redness, swelling, or tenderness at the injection site.
 - احمرار أو تورم أو ألم في موقع الحقن.
 - Mild bruising or small bumps under the skin.
 - كدمات خفيفة أو نتوءات صغيرة تحت الجلد.
 - Temporary itching or sensitivity.
 - حكة أو حساسية مؤقتة.
 - Rare risks include infection, allergic reaction, or delayed healing.
 - المخاطر النادرة تشمل العدوى أو تفاعل تحسسي أو تأخر في التئام الجلد.
-

Precautions

الاحتياطات

I confirm that I have disclosed all medical conditions, allergies, medications, and previous treatments.

أؤكد أنني قد أفصحت عن جميع الحالات الطبية والحساسيات والأدوية والعلاجات السابقة.

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 skin type and lifestyle.

أدرك أن النتائج قد تختلف حسب نوع البشرة 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 all my queries have been answered to my satisfaction.

أؤكد أنني قد تم إعلامي بالإجراء 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 undergo Mesotherapy for the face.

أوافق طوعاً على الخضوع لعلاج الميزوثيرابي للوجه.

Patient Signature: _____

توقيع المريض: _____

Date / التاريخ: _____

Practitioner Name: _____

اسم الممارس: _____

Signature / التوقيع: _____