

Cosmique Aesthetic and Dermatology Clinic

عيادة كوزميك للتجميل والأمراض الجلدية

Consent Form: PRP (Platelet-Rich Plasma) Face & Scalp

نموذج الموافقة: علاج الوجه وفروة الرأس بالبلازما الغنية بالصفائح الدموية (PRP)

Patient Name | اسم المريض: _____

Date of Birth | تاريخ الميلاد: _____

Date | التاريخ: _____

نبذة عن الإجراء | Procedure Overview

PRP therapy uses your own blood, processed to concentrate platelets, which are then injected into the face and/or scalp.

يتم استخدام دم المريض نفسه، مع معالجته لتركيز الصفائح الدموية، ثم حقنه في الوجه و/أو فروة الرأس.

Face Treatment | علاج الوجه: Improves skin texture, reduces fine lines, wrinkles, pigmentation, and rejuvenates the skin.

يحسن ملمس البشرة، يقلل الخطوط الدقيقة والتجاعيد والتصبغات، ويجدد نضارة الوجه.

Scalp Treatment | علاج فروة الرأس: Stimulates hair follicles to promote hair growth and treat thinning hair.

يحسن نمو الشعر عن طريق تحفيز بصيالات الشعر ومعالجة ترقق الشعر.

الفوائد | Benefits

- Natural rejuvenation | تجديد طبيعي
 - Improves skin texture and elasticity | تحسين ملمس البشرة ومرونتها
 - Stimulates hair growth | تحفيز نمو الشعر
 - Minimal downtime | فترة تعافي قصيرة
 - Safe and effective | آمن وفعال
-

الآثار الجانبية المحتملة | Possible Side Effects

- Bruising, redness, or swelling at injection sites | كدمات أو احمرار أو تورم في مواقع الحقن
 - Mild pain or discomfort | ألم خفيف أو انزعاج
 - Temporary hair shedding (for scalp) | تساقط مؤقت للشعر
 - Rare infection or scarring | عدوى أو تندب نادر
-

تعليمات قبل العلاج | Pre-Treatment Instructions

- Avoid blood-thinning medications (aspirin, ibuprofen) for 7 days unless prescribed | تجنب أدوية تميع الدم لمدة 7 أيام ما لم يصفها الطبيب
 - Avoid alcohol 24 hours before | تجنب الكحول قبل 24 ساعة
 - Avoid excessive sun or tanning 1 week before | تجنب الشمس أو التسمير لمدة أسبوع
 - Eat a light meal | تناول وجبة خفيفة قبل العلاج
 - Keep treated area clean | حافظ على نظافة المنطقة المعالجة
-

أسئلة التاريخ الطبي | Medical History Questions

1. Are you pregnant or breastfeeding? | هل أنت حامل أو مرضع؟
2. Any active skin infections? | أي عدوى جلدية نشطة؟
3. Any blood disorders? | أي اضطرابات دم؟
4. Taking blood-thinners? | تتناول أدوية مميعة للدم؟
5. History of keloid scars? | تاريخ من ندبات الجدره؟
6. Used Accutane in past 6 months? | استخدمت أكو تان خلال 6 أشهر الماضية؟
7. History of hair loss? | تاريخ تساقط الشعر؟
8. Undergoing chemotherapy? | تخضع للعلاج الكيميائي؟
9. Any autoimmune disorders? | أي أمراض مناعية؟
10. Any chronic medical conditions? | أي حالات طبية مزمنة؟

(الإجابة بنعم / لا | Answer Yes / No)

الإقرار والموافقة | Acknowledgment and Consent

I understand PRP therapy uses my blood and involves injections into the face and/or scalp.
يستخدم دمي ويشمل الحقن في الوجه و/أو فروة الرأس PRP أفهم أن علاج

I acknowledge the risks and side effects, including bruising, swelling, redness, infection, or temporary hair shedding.
أقر بالمخاطر والآثار الجانبية المحتملة، بما في ذلك الكدمات، التورم، الاحمرار، العدوى، أو تساقط الشعر المؤقت

I understand results may vary and multiple sessions may be needed.
أفهم أن النتائج قد تختلف وقد تتطلب عدة جلسات

I agree to follow all instructions before and after treatment.
أوافق على اتباع جميع التعليمات قبل وبعد العلاج

I voluntarily consent to PRP treatment and may discontinue anytime.
ويمكنني التوقف في أي وقت PRP أوافق طوعاً على علاج

Patient Signature | توقيع المريض: _____

Date | التاريخ: _____

Practitioner Signature | توقيع الممارس: _____

Date | التاريخ: _____