

SUBCISION TREATMENT CONSENT FORM

نموذج الموافقة على علاج السابسيجن

COSMIQUE AESTHETIC AND DERMATOLOGY CLINIC

عيادة كوزميك للتجميل والأمراض الجلدية

Patient Name: _____

اسم المريض: _____

Date of Birth: _____

تاريخ الميلاد: _____

Date: _____

التاريخ: _____

PROCEDURE

الإجراء

Subcision is a minor surgical procedure used to treat depressed scars (e.g., acne scars) by breaking fibrous strands beneath the skin using a needle or blunt cannula. This helps release tethered tissue and stimulate collagen production, leading to smoother skin texture.

السابسيجن هو إجراء جراحي بسيط يُستخدم لعلاج الندبات الغائرة (مثل ندبات حب الشباب) من خلال قطع الألياف تحت الجلد باستخدام إبرة أو كانيولا غير حادة، مما يساعد على تحرير الأنسجة وتحفيز إنتاج الكولاجين وتحسين ملمس البشرة.

I UNDERSTAND THAT

أقر وأفهم ما يلي

Subcision is an elective aesthetic treatment and not medically necessary.

السابسيجن إجراء تجميلي اختياري وليس ضرورة طبية.

The procedure involves using a needle or cannula under the skin to break fibrotic bands.

يتضمن الإجراء استخدام إبرة أو كانيولا تحت الجلد لقطع الألياف المتليفة.

Local anesthesia may be used for comfort.

قد يتم استخدام تخدير موضعي لراحة المريض.

Swelling, bruising, pain, or tenderness may occur after treatment.

قد يحدث تورم أو كدمات أو ألم أو حساسية بعد العلاج.

Infection, scarring, or pigmentation changes are rare but possible.

العدوى أو التندب أو تغير التصبغات احتمالات نادرة لكنها ممكنة.

Results vary from person to person, and multiple sessions may be required.

النتائج تختلف من شخص لآخر وقد تتطلب عدة جلسات.

No guarantees have been made regarding results.

لا يوجد ضمان لنتائج محددة.

I must follow post-treatment care instructions provided by the clinic.

يجب الالتزام بتعليمات العناية بعد العلاج المقدمة من العيادة.

I have informed the clinic of all medical conditions, allergies, medications, or previous procedures.

قمت بإبلاغ العيادة بجميع الحالات الطبية والحساسيات والأدوية أو الإجراءات السابقة.

CONTRAINDICATIONS

موانع الإجراء

Please check the following if applicable:

يرجى وضع علامة على ما ينطبق:

☐ **Active acne or skin infection in the treatment area**

☐ حب شباب نشط أو التهاب جلدي في منطقة العلاج

☐ **Blood clotting disorders or use of blood thinners**

☐ اضطرابات تخثر الدم أو استخدام مميعات الدم

☐ **Autoimmune or skin conditions (e.g., lupus, keloids)**

☐ (أمراض مناعية أو جلدية (مثل الذئبة أو الجدرية

☐ **Pregnancy or breastfeeding**

☐ الحمل أو الرضاعة

CONSENT

الموافقة

I have had the opportunity to ask questions regarding the subcision procedure. I understand the risks, benefits, and possible alternatives. I hereby give my voluntary consent to undergo subcision treatment at Cosmique Clinic.

أقر بأنه أتاحت لي الفرصة لطرح الأسئلة حول إجراء السابسيجن، وأفهم المخاطر والفوائد والبدائل الممكنة، وأوافق طوعاً على الخضوع لعلاج السابسيجن في عيادة كوزميك.

Patient Signature: _____

توقيع المريض: _____

Date / التاريخ: _____

Clinician Name & Signature: _____

اسم وتوقيع الطبيب: _____

Date / التاريخ: _____