



COSMIQUE

Aesthetics and Dermatology Clinic

Consent Form - Mounjaro Injectable Treatment

Patient Name: _____

Date of Treatment: _____

Dosage : _____

Introduction and Purpose

This form informs you about the Mounjaro injectable treatment, its potential benefits, risks, and your responsibilities before undergoing the procedure. By signing, you acknowledge understanding the treatment, its risks, benefits, and consent to proceed.

الهدف والغرض

الغرض من هذا النموذج هو إبلاغك بعلاج حقن مونجارو، فوائد، مخاطر، ومسؤولياتك قبل إجراء العلاج. بتوقيعك، فإنك توافق فهمك للعلاج ومخاطر وفوائده وتوافق على المتابعة.

Treatment Overview

Mounjaro (tirzepatide) is an injectable medication for weight loss and related conditions in adults. It regulates insulin secretion and appetite, supporting weight loss alongside diet and exercise.

نظرة عامة عن العلاج

مونجارو (تيرزيباتيد) هو دواء قابل للحقن يستخدم لفقدان الوزن والحالات المرتبطة به لدى البالغين. ينظم إفراز الأنسولين والشبيهة، مما يدعم فقدان الوزن جنباً إلى جنب مع النظام الغذائي والتمارين.

Risks and Side Effects

Possible side effects include nausea, vomiting, diarrhea, constipation, abdominal pain, headache, fatigue, and injection site reactions. Rare risks: pancreatitis and thyroid cancer.

المخاطر والأثار الجانبية

تشمل الآثار الجانبية المحتملة الغثيان، القيء، الإسهال، الإمساك، ألم البطن، الصداع، التعب، وردود الفعل في موقع الحقن. المخاطر النادرة: التهاب البنكرياس وسرطان الغدة الدرقية.

Contraindications

Do not undergo treatment if you have a history of thyroid cancer, MEN 2, or are allergic to tirzepatide. Not recommended if pregnant, planning to get pregnant, or breastfeeding.

ال禁忌症

أ، أو إذا كنت حساساً للتيرزيباتيد. لا يُوصى به أثناء الحمل أو الرضاعة أو إذا كنت تخططين للحمل MEN 2 يجب أن تخضع للعلاج إذا كان لديك تاريخ من سرطان الغدة الدرقية.

Pre-Treatment Requirements

- Medical evaluation and testing may be required
 - Disclose medications and medical history
- متطلبات ما قبل العلاج
- تقييم طبي والفحوصات اللازمة
 - إفشاء الأدوية والتاريخ الطبي

Post-Treatment Instructions

- Follow-up appointments are necessary to monitor progress
 - Avoid strenuous activity for 24-48 hours
 - Maintain diet and exercise
 - Contact your provider if severe side effects occur
- تَعْلِيماتٌ مُّبَعِّدَةٌ عَنِ الْعَلاجِ
- مواعيد متابعة لمراقبة التقدم
 - تجنب الأنشطة الشاقة لمدة 24-48 ساعة
 - الحفاظ على النظام الغذائي والتمارين
 - الاتصال بالمزود إذا حدثت أثار جانبية شديدة

Consent to Treatment

By signing this form, you confirm:

- You have read and understood the information
 - You have disclosed your full medical history and current medications
 - You consent to proceed with the treatment
 - You understand that results are not guaranteed
 - Regular follow-up visits are required
- الموافقة على العلاج**
- بتتوقيعك، تؤكد ما يلي:
- قرأت وفهمت المعلومات
 - أفصحت عن تاريخك الطبي والأدوية
 - توافق على المتابعة بالعلاج
 - تفهم أن النتائج غير مضمونة
 - تحتاج إلى زيارات متابعة منتظمة

Patient's Acknowledgement and Signature

I acknowledge I have been informed about the Mounjaro injectable treatment. I consent to proceed.

إقرار المريض وتوقيعه

أقر أنه تم إبلاغي بعلاج مونجاروا القابل للحقن. أوافق على المتابعة.

Patient's Signature: _____ Date: _____
Doctor's Signature: _____ Date: _____

Video & Photographic Consent

I consent to the taking of photographs/videos during my Mounjaro injectable treatment for educational, promotional, or medical purposes. My identity will be kept confidential unless I give explicit consent to share.

الموافقة على التصوير والفيديو

أوافق على التقاط الصور/الفيديو أثناء علاج مونجاروا لأغراض تعليمية أو ترويجية أو طبية. ستظل هويتي سرية إلا إذا منحت موافقة صريحة للمشاركة.

Signature: _____ Date: _____