



CONSENT FORM FOR STEMCELLS HAIR/ FACE TREATMENT

Patient's Full Name: _____
اسم المريض الكامل: _____

I, the undersigned, hereby give my informed consent for the Stemcells treatment for hair and/or face provided by the licensed professional at Cosmique Clinic. I acknowledge providing accurate medical information and fully understand the procedure, benefits, risks, and potential side effects.

أقر بتقديم معلومات أو الوجه المقدم من قبل المحترف المرخص في عيادة كوزميك/أوافق أنا الموقع أدناه على علاج الخلايا الجذعية للشعر وطبيعة دقيقة وأفهم تماماً الإجراء والفوائد والمخاطر وأثارها الجانبية المحتملة.

Procedure Overview:

Stemcells is a non-surgical aesthetic treatment involving the injection of vitamins, minerals, amino acids, and medications into the skin or scalp to stimulate regeneration.

- **For the Face:** Improves skin texture, reduces fine lines, and enhances hydration, tone, and elasticity.
- **For the Scalp (Hair):** Stimulates hair follicles and promotes hair growth.

نظرة عامة على الإجراء:

الخلايا الجذعية هي علاج تجميلي غير جراحي يتضمن حقن الفيتامينات والمعادن والأحماض الأمينية والأدوية في الجلد أو فروة الرأس لتحفيز التجدد.

- يحسن نسيج البشرة، يقلل من الخطوط الدقيقة، ويعزز الترطيب، اللون، والمرنة للوجه.
- يحفز بصيلات الشعر ويعزز نمو الشعر: (فروة الرأس) للشعر.

Side Effects and Risks:

- **For the Face:** Redness, swelling, bruising, mild pain, temporary lumps, infection, irritation.
- **For the Hair:** Redness, swelling, shedding, itching, and rare allergic reactions.

الآثار الجانبية والمخاطر:

- احمرار، تورم، كدمات، ألم خفيف، كتل مؤقتة، عدوى، تهيج: للوجه.
- احمرار، تورم، تساقط مؤقت للشعر، حكة، وتفاعلات تحسسية نادرة: للشعر.

Downtime and Aftercare:

- **For the Face:** Minimal downtime, avoid sun exposure, makeup, hot showers, and exfoliation for 24-48 hours.

- **For the Hair:** Minimal downtime, avoid washing hair and hair products for 24-48 hours.

فتره التوقف والعناية بعد العلاج

- ساعة 24-48 فتره نقاشه قصيرة، تجنب التعرض للشمس، المكياج، الاستحمام الساخن، والتقطير لمدة: **للوجه**.
- ساعة 24-48 فتره نقاشه قصيرة، تجنب غسل الشعر ومنتجات الشعر لمدة: **للشعر**.

Pre-Treatment Instructions:

- **For the Face:** Avoid sun exposure, makeup, harsh exfoliants, and blood-thinning medications for 48 hours.
- **For the Hair:** Ensure the scalp is clean, and avoid hair products and blood-thinners for 48 hours.

تعليمات ما قبل العلاج:

- ساعة 48 تجنب التعرض للشمس، المكياج، المقشرات القاسية، والأدوية الممبيعة للدم لمدة: **للوجه**.
- ساعة 48 تأكيد من نظافة فروة الرأس، وتتجنب منتجات الشعر والأدوية الممبيعة للدم لمدة: **للشعر**.

Medical History Questionnaire:

Please answer Yes / No:

- Are you pregnant?
- Any skin allergies, autoimmune diseases, or blood disorders?
- Using medications that affect the skin?
- Any history of keloids or abnormal healing?

استبيان التاريخ الطبي:

لا / يرجى الإجابة بنعم:

- هل أنت حامل؟
- هل لديك أي حساسية جلدية، أمراض مناعية ذاتية، أو اضطرابات دموية؟
- هل تستخدم أدوية تؤثر على الجلد؟
- هل لديك تاريخ من التصبغ الكيلويدي أو التئام غير طبيعي؟

Photographic Consent:

I consent to the taking of photographs for treatment documentation, educational purposes, and promotional use.

موافقة التصوير:

أوافق على أخذ الصور لتوثيق العلاج، الأغراض التعليمية، والاستخدامات الترويجية.

Acknowledgment and Consent:

- I understand that Stemcells involves injecting substances into the skin or scalp.
- I acknowledge risks like bruising, swelling, infection, and allergic reactions.
- Results may vary, and multiple sessions may be required.
- I agree to follow the instructions to minimize complications.

:الإقرار والموافقة

- أفهم أن الخلايا الجذعية تتضمن حقن المواد في الجلد أو فروة الرأس.
- أقر بالمخاطر مثل الكدمات، التورم، العدوى، والتفاعلات الحساسية.
- قد تختلف النتائج وقد تتطلب عدة جلسات.
- أوافق على اتباع التعليمات لتفادي المضاعفات.

Signature of Patient: _____

توقيع المريض _____

Date: _____

التاريخ _____

Signature of Practitioner: _____

توقيع الطبيب _____ **Date:** _____

التاريخ _____