



Exosomes Consent Form

Patient Name : _____

Date of Treatment : _____

I hereby consent to undergo Exosome Therapy for the treatment of hair and/or facial rejuvenation at this clinic. I understand that this therapy involves the use of exosomes, which are small vesicles derived from stem cells to stimulate tissue regeneration.

المقدمة

أوافق بموجب هذه الوثيقة على الخضوع لعلاج الإكسوسومات من أجل علاج الشعر و/أو تجديد الوجه في هذه العيادة. أفهم أن هذا العلاج يتضمن استخدام الإكسوسومات، وهي حويصلات صغيرة مشتقة من الخلايا الجذعية لتحفيز تجديد الأنسجة.

Description of Treatment

Exosome therapy for hair and face involves the application of exosomes, which are biologically active molecules that help promote cell regeneration, collagen production, and tissue healing. This treatment is intended to improve the appearance and quality of the hair and skin.

وصف العلاج

علاج الإكسوسومات للشعر والوجه يتضمن تطبيق الإكسوسومات، وهي جزيئات حيوية نشطة تساعد في تعزيز تجديد الخلايا، إنتاج الكولاجين، وشفاء الأنسجة. يهدف هذا العلاج إلى تحسين مظهر وجودة الشعر والبشرة.

Possible Risks and Side Effects

I understand that, as with any medical treatment, there are potential risks and side effects associated with Exosome Therapy. These may include, but are not limited to, redness, swelling, mild discomfort, or allergic reactions at the site of treatment. In rare cases, there may be more significant side effects such as infection or scarring.

المخاطر والآثار الجانبية المحتملة

أفهم أنه، كما هو الحال مع أي علاج طبي، هناك مخاطر وآثار جانبية محتملة مرتبطة بعلاج الإكسوسومات. قد تشمل هذه المخاطر، على سبيل المثال لا الحصر، الاحمرار، التورم، الانزعاج البسيط، أو ردود الفعل التحسسية في منطقة العلاج. في حالات نادرة، قد تكون هناك آثار جانبية أكثر خطورة مثل العدوى أو التندب.

Pre-Treatment Requirements

Before the treatment, I confirm that I have disclosed all relevant medical history, including allergies, medications, and any previous treatments to the clinic. I also understand that I must avoid blood-thinning medications and supplements before the procedure, as instructed by the clinic.

متطلبات ما قبل العلاج

قبل العلاج، أؤكد أنني قد أفصحت عن كافة التاريخ الطبي المتعلق بي، بما في ذلك الحساسية، الأدوية، وأي علاجات سابقة للعيادة. كما أفهم أنه يجب علي تجنب الأدوية والمكملات التي تمنع تجلط الدم قبل الإجراء، كما تم توجيه العيادة.

Post-Treatment Care

I agree to follow all post-treatment care instructions provided by the clinic to ensure the best possible results and minimize the risk of complications. This may include avoiding sun exposure, applying prescribed skincare products, and attending follow-up appointments.

رعاية ما بعد العلاج

أوافق على اتباع جميع تعليمات العناية ما بعد العلاج التي تقدمها العيادة لضمان أفضل النتائج الممكنة وتقليل مخاطر المضاعفات. قد يشمل ذلك تجنب التعرض لأشعة الشمس، استخدام منتجات العناية بالبشرة المقررة، وحضور مواعيد المتابعة.

Consent to Treatment

By signing below, I confirm that I have read and understood the above information regarding Exosome Therapy for hair and/or facial treatment. I acknowledge that all of my questions have been answered to my satisfaction, and I voluntarily consent to proceed with the treatment.

الموافقة على العلاج

بتوقيعي أدناه، أؤكد أنني قرأت وفهمت المعلومات الواردة أعلاه بشأن علاج الإكسوسومات للشعر و/أو الوجه. أقر بأن جميع أسئلتي قد تمت الإجابة عليها إلى حد يرضيني، وأوافق طواعية على المتابعة مع العلاج.

Signature of Patient:

Date :

Signature of Doctor :

Date :