

## Sculptra Consent Form

### نموذج موافقة سكلبترا

Patient Name اسم المريض	:	Alston Rebello	Emirates ID هوية الإمارات	:	784-1991-2906159-3
File No رقم الملف	:	17	DOB تاريخ الميلاد	:	1996-06-20
Nationality جنسية	:	Indian	Date تاريخ	:	2024-05-01
Gender جنس	:	Male	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Ahmad Irfan

I, the undersigned hereby consent to allow myself to undertake Sculptra procedures discussed during our consultation for the purpose of aesthetic enhancement ; to increase the volume of depressed areas, particularly to correct skin depressions, such as in skin creases, wrinkles, folds, scars and for skin aging.

أنا الموقع أدناه أوافق على السماح لنفسني بإجراء إجراءات التي تمت مناقشتها خلال مشاورتنا لغرض التحسين الجمالي؛ لزيادة حجم المناطق المنضغطة، خاصة لتصحيح انخفاضات الجلد، مثل تجاعيد الجلد والتجاعيد والندبات وشيخوخة الجلد.

- My treating practitioner has explained how and when Sculptra is used. I have been given the opportunity to ask questions and have received satisfactory answers to my questions. In particular, I have received information regarding when treatment with Sculptra should not take place and have also been informed of precautions, warnings for use with these products and common injection related reactions. These reactions include bruising, itching, pain, transient bleeding, redness or swelling in the treatment area. These reactions are usually resolved within a few days to one week. In some cases more serious adverse events have been reported, but these are rare. These reported reactions include papules/nodules, swelling/oedema, pain, granuloma, symptoms of visual disturbance, infection/abscess, mass/induration, erythema, inflammation, bruising/hematoma, discoloration, scarring/atrophy, hypersensitivity, pruritus, rash and ischemia/ necrosis.
- My practitioner has also informed me that topical anaesthetic cream might be used to provide pain relief. I have received information regarding when and what topical anesthetics will be used, and information regarding contraindications, warnings/precautions of use of these products and potential side effects.
- My treating practitioner has also informed me that, depending on the treated area and injection technique, effects from the Sculptra treatment can last for more than 2 years, but this period may vary, either longer or shorter. Follow-up treatment can help maintain the desired correction.
- I have responded to questions pertaining to any hypersensitivity to anaesthetic agents, to Sculptra, to any of the constituents, and to my medical history honestly. I understand the importance of following the advice indicated in the checklist. I have informed my practitioner

لقد شرح لي الطبيب المعالج كيف ومتى يتم استخدام الاسكلبترا. لقد أتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة وتلقيت إجابات مرضية على أسئلتني. على وجه الخصوص، تلقيت معلومات تتعلق بالوقت الذي لا ينبغي فيه العلاج باستخدام وتم إبلاغي أيضًا بالاحتياطات والتحذيرات للاستخدام مع هذه المنتجات والتفاعلات الشائعة المتعلقة بالحقن. تشمل هذه التفاعلات كدمات أو حكة أو ألم أو احمرار أو تورم في منطقة العلاج. عادة ما يتم حل ردود الفعل هذه في غضون بضعة أيام إلى أسبوع واحد. في بعض الحالات تم الإبلاغ عن أحداث سلبية أكثر خطورة، ولكنها نادرة. تشمل هذه التفاعلات المبلغ عنها ، تورم ، ألم ، ورم عدوى/خراج، كتلة/تصلب، التهاب، كدمات/ورم دموي، تغير اللون، تندب/ضمور، فرط الحساسية، حكة، طفح جلدي.

أخبرني أيضًا أنه يمكن استخدام كريم مخدر موضعي لتخفيف الألم. لقد تلقيت معلومات بشأن متى وما هي أنواع التخدير الموضعي التي سيتم استخدامها، ومعلومات بشأن موانع الاستعمال والتحذيرات/الاحتياطات لاستخدام هذه المنتجات والآثار الجانبية المحتملة.

أخبرني طبيبي المعالج أيضًا أنه، اعتمادًا على المنطقة المعالجة وتقنية الحقن يمكن أن تستمر تأثيرات علاج لأكثر من عامين، ولكن هذه الفترة قد تختلف، إما لفترة أطول أو أقصر. متابعة العلاج يمكن أن تساعد في الحفاظ على التصحيح المطلوب.

لقد أجبت بصراحة على الأسئلة المتعلقة بأي فرط حساسية تجاه عوامل التخدير، أو أي من مكوناته، أو تاريخي الطبي. أدرك أهمية اتباع النصائح الموضحة في القائمة المرجعية. لقد أبلغت طبيبي بجميع علاجاتي التجميلية السابقة، بما في ذلك الحقن والعمليات الجراحية والتفسير الكيميائي وما إلى ذلك.

أدرك أن نتائج هذا العلاج لا يمكن تقديرها بدقة مسبقاً أو

of all my previous aesthetic treatments, including injections, surgeries, chemical peels etc.

- I understand that the results of this treatment cannot be accurately estimated in advance or to be assurance, as it may vary from patient to another.
- I agree that if I should have any questions or concerns regarding my treatment results. I will notify the clinic immediately so that timely follow-up and intervention can be provided
- VISION MEDICAL & DENTAL CENTER (Abu Dhabi) is not responsible for any complications that may occur due to non-compliance with the instruction required for this procedure
- I hereby give my voluntary consent to undergo Sculptra and release VISION MEDICAL & DENTAL CENTER (Abu Dhabi), its medical staff, and administrations from any liability associated with the procedure

**'I agree that healthcare provider(s) involved in my care at this facility will access my health information through the Health Information Exchange System (NABIDH) in accordance with the Laws of the United Arab Emirates, Emirate of Dubai Legislation and Dubai Health Authority Policies'**

ضمانها، لأنها قد تختلف من مريض إلى آخر.

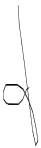


- أوافق على أنه إذا كان لدي أي أسئلة أو مخاوف بشأن نتائج علاجي. سأقوم بإخطار العيادة على الفور حتى يمكن توفير المتابعة والتدخل في الوقت المناسب

VISION MEDICAL & DENTAL CENTER (Abu Dhabi) غير مسؤول عن أي مضاعفات قد تحدث بسبب عدم الالتزام بالتعليمات المطلوبة لهذا الإجراء

- أوافق بموجب هذا موافقتي الطوعية للخضوع لـ سكلبترا وأعفي VISION MEDICAL & DENTAL CENTER (Abu Dhabi) وطاقمها الطبي والإدارات من أي مسؤولية مرتبطة بهذا الإجراء

**'أوافق بأن يقوم مزاولي المهن الصحية المشرفين علي تقديم خدمات الرعاية الصحية لي في هذه المنشأة. بالاطلاع علي معلوماتي الصحية في نظام تبادل المعلومات الصحية (نابض) وفقا للتشريعات السارية في دولة الامارات العربية المتحدة بشكل عام و اماره دبي بشكل خاص بما فيها القرارات الصادرة عن هيئة الصحة في دبي'**

Sign here, only if all of your questions have been answered to your satisfaction  
قم بالتوقيع هنا، فقط إذا تمت الإجابة على جميع أسئلتك بما يرضيك

Patient مريض	witness	Doctor طبيب
		
Patient Name اسم المريض Alston Rebello  Date تاريخ 2024-05-01 (09:30 - 09:45 )	Witness Name اسم الشاهد test2  Date تاريخ 2024-05-01 (09:30 - 09:45 )	Doctor's Name اسم الطبيب Ahmad Irfan  Date تاريخ 2024-05-01 (09:30 - 09:45 )