

نموذج موافقة الحقن المؤقت (الفلر)						
اسم المريض		:	Alston Rebello	:	هويه الإمارات	
رقم الملف		:	17	:	تاريخ الميلاد	1996-06-20
جنس		:	Male	:	اسم الطبيب	Alan Alfred
		:		:	جنسية	Indian
		:		:	تاريخ	2025-02-21

هو جل خالي من الجراثيم يتألف من حمض الهيالورونيك المستقر والغير حيواني ومخدر موضعي يُسمى ليدوكاين. حمض الهيالورونيك هو جزيء سلسلة سكرية يحدث طبيعيًا في الجلد وفي جميع أنحاء الجسم. يتم حقن الجل الخالي من الجراثيم في الجلد لتصحيح خطوط الوجه والتجاعيد والتجاعيد، لتحسين شكل الشفاه، وتحديد ملامح الوجه بما في ذلك الذقن والخدين وخط الفك والأنف وتجديد البشرة.

#### الآثار الجانبية الشائعة المرتبطة بالحقن:

- ألم أو حرق عند إجراء الحقن.
- تورم محلي، أحمرار، أو حساسية.
- نزيف في مواقع الحقن.
- كدمات. في بعض الحالات النادرة، قد تكون الكدمات شديدة وقد تستمر لعدة أسابيع.
- خدر أو حكة في المنطقة بعد الحقن.

#### نزيف في مواقع الحقن

- كدمات. في بعض الحالات النادرة، قد تكون الكدمات شديدة وقد تستمر لعدة أسابيع.
- خدر أو حكة في المنطقة بعد الحقن.

من المتوقع أن تتحسن الآثار الجانبية الشائعة تلقائيًا خلال أيام قليلة من العلاج. على الرغم من أنه لا يُتوقع، إلا أنه من الممكن أن تستمر الاستجابات الموصوفة لفترة أطول من المتوقع وقد تعيق ثقتك في الحضور إلى العمل أو الفعاليات الاجتماعية. يُنصح بتحديد مواعيد العلاج مع مراعاة ذلك، مما يتيح الوقت للتفاعلات الشائعة مثل الكدمات والتورم أن تتلاشى.

#### آثار جانبية نادرة:

- العدوى
- التهاب
- تغيير لون الجلد
- العدوى أو تغيير لون الجلد قد تحدث في غضون أيام أو أسابيع إلى أشهر بعد العلاج.
- رد فعل تحسسي أو حساسية. الأعراض تشمل؛ حكة، طفح جلدي، طبقات حمراء مؤلمة، صغير، أعراض الربو، دوخة أو الإغماء. تشكل خراج
- تورم مستمر قد يحدث في وقت مبكر أو يظهر بعد عدة أسابيع
- تكون كتل ثابتة أو عقيدات أو بنور مستمرة
- تكون شكل البثور مشابهة لحب الشباب
- رد فعل جسم غريب يعرف بـ "الجرانولوما" يظهر على شكل كتل أو عقيدات
- توقف إمداد الدم إلى الجلد قد يحدث بسبب الورم أو الحقن الغير مقصود في الأوعية، مما يسبب الألم وتلف الجلد وربما تشوهًا ممكنًا.
- على الرغم من أنها نادرة للغاية، تم الإبلاغ عن اضطراب بصري مؤقت أو فقدان دائم للبصر بعد علاج التجميل بالحقن.
- لا يمكن دائمًا تحقيق التماثل المثالي.

يتوقع أن تدوم التصحيح لفترة تتراوح بين 6-12 شهرًا. يختلف النجاح بحسب الدرجة ومدى استمراره يختلف من شخص لآخر ولا يمكن ضمانه.

أفهم أنه في حين تم تقديم لي توجيه حول النتيجة المحتملة، يجب أن لا يتم تفسير ذلك على أنه ضمان.

أفهم أنه على الرغم من أن المضاعفات نادرة، إلا أنها قد تحدث في بعض الأحيان. قد يحدث أن تظهر آثار جانبية غير موصوفة وأن تحدث مضاعفة لم يتم الإبلاغ عنها سابقًا لأول مرة.

أفهم إذا كنت أعاني من أي تفاعلات سلبية غير متوقعة أو تثير قلقي، يجب علي الاتصال بالعيادة. سيتم ترتيب موعد لرؤيتي. لا يمكن للعيادة أن تتحمل مسؤولية المضاعفات أو النتائج التي لم يتم الإبلاغ عنها أو تقييمها أو توثيقها وإدارتها في الوقت المناسب.

أفهم أن النتائج المرجوة والمتوقعة تم مناقشتها، وتختلف النتائج بين الأفراد ولا يمكن ضمانها.

أؤكد أن استمارة تاريخ الصحة الطبية قد تم ملؤها بصدق وأتني على دراية تامة بأن إخفاء المعلومات الطبية، بما في ذلك تاريخ العلاج السابق، قد يكون ضارًا بالنتيجة الآمنة والمثلى لأي علاج يتم إجراؤه. إذا كانت هناك أي تغييرات في تاريخي الطبي، يجب علي إبلاغ الطبيب

أؤكد أنه تم تزويدي بمعلومات شفوية ومكتوبة حول هذا العلاج، والتي تتضمن رعاية ما بعد العلاج ونصائح المتابعة.

أوافق على اتباع نصائح الرعاية ما بعد العلاج وأدرك أن هذا يقلل من خطر التفاعلات السلبية ويساعد في ضمان النتائج المثلى.

أقر بموافقتي على مشاركة سجلاتي الطبية مع الأطباء المختصين المناسبين.

أفهم أنه يتم التقاط الصور كجزء من سجلي الطبي.

في بعض الأحيان، يكون من المفيد مشاركة صور نتائج العلاج الخاصة بنا. أوافق على نشر الصور للأغراض التالية:

لأغراض التعليم والتدريب مع الأطباء المحترفين.

لأغراض التعليم مع بعض المرضى المحددين خلال الاستشارة.

لأغراض تعليمية/ترويجية في محفظة العيادة المعروضة لبعض أفراد الجمهور المحددين.

لأغراض تعليمية/ترويجية على موقع العيادة على الإنترنت.

لأغراض تعليمية في بعض الفعاليات العامة.

أفهم أنه لا يتم دفع أي رسوم لي أو لأي شخص آخر عن هذه المواد سواء الآن أو في المستقبل.

أؤكد أن الغرض الذي ستستخدم فيه المواد قد تم شرحه لي بطريقة فهمتها.

#### لقد قمت بقراءة:

- نموذج موافقة الحقن المؤقتة للحشو
- معلومات العلاج بحمض الهيالورونيك للحشو بالحقن
- شروط وأحكام العيادة

أقبل شروط وأحكام العيادة.

أنا راضي عن أن تم شرح علاج حقن الحشو بشكل شامل، وأنه تم مناقشة بشكل كامل وفهم الأخطار والآثار الجانبية المحتملة المرتبطة بالعلاج. لقد أخذت وقتًا كافيًا لمعالجة والتفكير

في المعلومات المقدمة، وتمت الإجابة على أي أسئلة كانت لدي برضاي، قبل اتخاذ قرار بالمضي قدمًا في خطة العلاج المتفق عليها.

تم تنبيهي بأن تكلفة العلاج ستكون iuoiuo

وأقبل بشروط الدفع وفقًا لسياسة العيادة (الشروط والأحكام).

قم بالتوقيع هنا فقط إذا تمت الموافقة على جميع الأسئلة	
طبيب	مريض
<div></div>	
Alan Alfred - Dental (15245565544445) تاريخ 2025-02-21	اسم المريض Alston Rebello تاريخ 2025-02-21

□