

## Hair Removal Consent Form

### اقرار بالموافقة على العلاج بالليزر لازالة الشعر الغير مرغوب فيه

Patient Name اسم المريض	:	sai krishna	Emirates ID هوية الإمارات	:	784-8666-6666666-7
File No رقم الملف	:	8	DOB تاريخ الميلاد	:	1996-09-25
Gender جنس	:	Male	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Doctor Vision
			Date تاريخ	:	2023-11-29

I understand the purpose of this treatment is to reduce or eliminate unwanted hair. I understand that the results from the treatment vary with each individual.

أتفهم أن الغرض من هذا العلاج هو تقليل أو إزالة الشعر غير المرغوب فيه. أنا أفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص لآخر.

I understand that the laser produces a focused beam of light that generates a wavelength of energy that is selectively absorbed by the pigment in the hair follicle. Everyone in the treatment room, including myself, will wear protective eyewear to prevent eye damage from this intense light

أفهم أن الليزر ينتج شعاعًا مركّزًا من الضوء يولد طولًا موجيًا من الطاقة يتم امتصاصه بشكل انتقائي بواسطة الصبغة في بصيلات الشعر. كل شخص في غرفة العلاج ، بمن فيهم أنا ، سيرتدي نظارات واقية لمنع تلف العين من هذا الضوء الشديد

I understand the sensation of the laser is uncomfortable and may feel like a pinprick for a few seconds and that a sensation of heat may last for a few hours.

أوافق أنا على ان هذه المعالجة قد تحتاج لعدة جلسات و ذلك يعتمد على المكان المعالج و قد يتراوح ذلك بين 5-7 جلسات علاجية وسطيا

I understand that clinical results may vary depending on individual factors, including medical history, skin and hair type, patient compliance with pre/post treatment instructions, and individual response treatment.

أوافق أنا أن هنالك احتمال حدوث بعض البقع تتفاوت درجتها ما بين الفاتحة الى الغامقة في المنطقة المعالجة ، وفي الاغلب ليست دائمة و تزول مع الوقت وقد تحتاج الى بعض العلاجات لمعالجتها

I understand that multiple treatments may be necessary. Depending on the area being treated, treatments will be repeated at 4-6 week intervals.

وأنا أفهم أن الليزر هو شعاع مركز من الضوء الذي يولد موجة من الطاقة التي يتم امتصاصها بشكل انتقائي من قبل الصباغ في بصيلات الشعر. وسيكون على الجميع في غرفة العلاج، بما في ذلك نفسي، ارتداء النظارات الواقية لمنع الأضرار التي تصيب العين من هذا الضوء المكثف .

I understand that I am to avoid sun exposure, tanning beds, and self-tanners a minimum of 6 weeks prior to treatment. If I am obviously tanned or sunburned, I realize I will not be treated with the hair removal laser.

أنا أفهم أن الإحساس بالليزر غير مريح وربما أشعر بوخز لبضع ثوان، و حرارة قد تستمر لبضع ساعات

I understand that the area should be gently cleansed and I will avoid picking or scratching the area. A daily sunscreen SPF of 30+ is recommended.

وأنا أفهم أن النتائج السريرية قد تختلف تبعا لعوامل فردية، بما في ذلك التاريخ الطبي، والجلد ونوع الشعر، وامثال المريض بتعليمات العلاج قبل / بعد .

I understand that this procedure may cause bruising, blistering, scarring, hypopigmentation (lightening of the skin), and hyperpigmentation (darkening of the skin). I understand that sun exposure, tanning beds, and self tanners and not adhering to the post care instructions may increase my chances of complications.

أنا أفهم أن منتجات التريتينون يجب وقفها قبل 3 أيام على الأقل للعلاج . الوشم والماكياج الدائم في المنطقة المعالجة يمكن أن يتغير مع العلاج بالليزر. العدوى الفيروسية مثل الهربس البسيط (القروح الباردة) يمكن تفعيلها يجب اعلام الطبيب بالتاريخ الطبي الكامل بما في ذلك الأدوية والحساسية ونوع الجلد

I understand that Tretinoin products must be discontinued at least 3 days prior to treatment and Accutane must be discontinued for 6 months prior to treatment. Tattoos and permanent makeup in the treatment area can be altered with laser treatments. Viral infections such as herpes simplex (cold sores) can be activated. A complete medical history is to be completed including medications, allergies and skin type.

ربما سوف تشمل الآثار احمرار مؤقت للجلد مماثل لحروق الشمس. قد يحدث بعض التورم وربما تقشر خفيف ، تزول هذه الآثار الجانبية في غضون بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج

Skin effects will possibly include temporary redness similar to sunburn. Some swelling and possibly light crusting may occur. These side effects should resolve within a few hours to several days following treatment.

أقر بأنني قد قرأت ما سبق وتم الرد على جميع أسئلتني وقد عبرت عن ارتياحي الكامل. أنا أفهم أن مقدم(ة) الرعاية الصحية لم يقدم لي أي ضمانات عن نتائج هذا الإجراء و أتقبل المخاطر و المضاعفات المحتملة. وأنا أوافق على عدم تحميل المركز أو الطبيب (ة) ،الاخصائية اية مسؤولية عن نتائج العلاج

I acknowledge that I have read the above & all my questions have been answered to my full satisfaction. I understand that my healthcare provider has made no guarantees to me about the results of this procedure & accept the risks of possible complications & consequences. I agree not to hold the hospital, my physicians / healthcare provider(s) responsible for the outcome of the treatments(s).


تم شرح هذه النقاط بالكامل و قرائتها و مناقشتها بشكل جيد و كامل قبل التوقيع على هذه الوثيقة .

I give my permission to allow Dr.Doctor Vision & such associate / assistants to perform this treatment.

أمنح الإذن بالسماح للدكتور Doctor Vision والممثل هؤلاء المساعدين/المساعدين بإجراء هذا العلاج.

I consent to allow this form to be valid for all subsequent laser treatments for a period of 1 year from the date on this consent.

أوافق على ان صلاحية هذه الوثيقة سنة واحدة من التاريخ المذكور أدناه و هي سارية المفعول لعدة جلسات ليزر

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	Doctor طبيب
	
Patient Name اسم المريض sai krishna  Date تاريخ 2023-11-29	Doctor Name اسم الطبيب Doctor - Laser (DHA101)  Date تاريخ 2023-11-29