

كونسنت البوتوكس بالعربي

784-7766-4326987-6	:	هوية الإمارات	adnic adnic	:	اسم المريض
Other	:	جنسية	2000-07-04	:	رقم الملف
2024-02-23	:	تاريخ	dermatology derma	:	اسم الطبيب
	:		Male	:	جنس

موافقة على (البوتوكس)

هدف العلاج: هدف هذا العلاج هو تقليل حركة العضلات التي تسبب خطوط التعبير بشكل كبير، مما يحسن مظهر هذه الخطوط. تستخدم هذه العيادة (إدراج العلامة التجارية

الآثار الجانبية الشائعة المرتبطة بالحقن تشمل:

- ألم أو حرقة عند إجراء الحقن.
- تورم موضعي ، أحمرار، حساسية.
- نزيف في مواقع الحقن

الآثار الجانبية الشائعة المرتبطة بعلاج البوتوكس، نسبة حدوثها : 1%-10% :

- تراجع الجفن (ترهل أو ثقل في الجفن، تراجع الحاجب (ثقل أو انخفاض في الحاجب).
- ألم في الوجه.
- أحد أو كلا الجفنين

الآثار الجانبية النادرة نسبة حدوثها : 0.1-1%

- تورم/ انتفاخ حول العيون.
- غثيان.
- جفاف الفم.
- تغيير في الإحساس بالجلد، تشنج أو تورر في العضلات في المنطقة المعالجة
- حساسية للضوء، رؤية غير واضحة، انحراف في العين.
- ألم في العين، جفاف في العيون، دموع، أعراض شبيهة بأعراض الإنفلونزا.
- حكة أو جفاف في الجلد
- قد يتأثر العضلات غير المستهدفة.
- عدوى

تم أيضًا الإبلاغ عن

- حمى.
- طنين
- طفح جلدي

هذه القائمة غير شاملة، يمكنك طلب نسخة من ورقة المعلومات للمريض في الحزمة، أو التحقق من ملخص الخصائص الطبية عبر الإنترنت.

قد تحدث أي تفاعلات سلبية عادة في غضون أيام قليلة من العلاج. آثار العلاج بالبوتوكس غير قابلة للعكس ومن المتوقع أن تكون طابعًا مؤقتًا وتلاشى عادة تلقائيًا في غضون أسابيع. في حالات نادرة، قد تستمر الأعراض لعدة أشهر.

أوافق 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 تعليمية 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 في الوقت الحالي أو في أي وقت مستقبلي.

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

لقد قمت بأخذ الوقت الكافي لقراءة:

نموذج موافقة العلاج بالبوتوكس

معلومات العلاج بالبيوتوكس



شروط وأحكام العيادة

أقبل شروط وأحكام العيادة

أنا راض عن أن تم شرح العلاج البيوتوكس بشكل شامل وأن الأخطار والآثار الجانبية المحتملة المرتبطة بهذا العلاج تمت مناقشتها بشكل كامل وفهمتها. لقد أخذت الوقت الكافي لمعالجة والتفكير في المعلومات المقدمة، وتم الإجابة على أي أسئلة كانت لدي برضاي، قبل اتخاذ قرار بالمضي قدمًا في خطة العلاج المتفق عليها.

لقد تم تنبيهني بأن تكلفة العلاج ستكون AAAAAFAFAAF

وأقبل شروط الدفع وفقًا لسياسة العيادة (الشروط والأحكام).

قم بالتوقيع هنا فقط إذا تمت الموافقة على جميع الأسئلة	
طبيب	مريض
	
dermatology derma - Dermatology (0) تاريخ 2024-02-23	اسم المريض adnic adnic تاريخ 2024-02-23

