

نموذج الموافقة على التقشير الكيميائي

| | | | | | | |
|------------|---|--------------|---|---------------|---|--------------------|
| اسم المريض | : | sandhya rani | : | هوية الإمارات | : | 784-1996-9294842-7 |
| رقم الملف | : | 7 | : | تاريخ الميلاد | : | 2023-10-09 |
| جنس | : | Female | : | اسم الطبيب | : | Shilpa Sandhya |
| | : | | : | تاريخ | : | 2023-12-28 |
| | : | | : | جنسية | : | Other |

إلى: sandhya rani

لديك الحق في معرفة حالتك وعلاجها ، بحيث يمكنك أن تقرر ما إذا كنت ستخضع للإجراء أم لا بعد معرفة المخاطر التي تنطوي عليها. ليس الهدف من هذا الكشف أن يخيفك أو يثبلك ؛ إنه مجرد جهد لجعلك على دراية أفضل حتى تتمكن من منح موافقتك على العلاج أو حجبها.


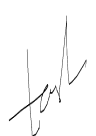
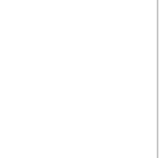
1. أنا ، أطلب بشكل طوعي أن يقوم مركز أستراليا الطبي بإجراء عملية التقشير. أقر بأنني أبلغت أن هذا الإجراء التجميلي يهدف إلى إزالة الطبقات السطحية من الجلد لتحسين حيوية الجلد.
2. التقشير ، على الرغم من ارتفاع مستويات الفعالية والأمان ، لا يخلو من الآثار الجانبية. يمكن أن يحدث احمرار ووذمة (تورم) في المنطقة المعالجة ولكنها عادة ما تنحسر في غضون ساعات قليلة ولكن يمكن أن تستمر حتى سبعة أيام أو أكثر. قد يحدث تهيج أو حكة أو إحساس خفيف بالحرقان أو ألم مماثل لحروق الشمس في غضون 48 ساعة من العلاج.
3. من المهم استخدام واقي من الشمس بعامل حماية 25 أو أكثر عند التعرض للشمس.
4. أفهم أن المضاعفات يمكن أن تشمل الرؤوس البيضاء ، القروح الباردة ، العدوى ، التندب ، الخدر وتغير اللون الدائم ، خاصة في الأشخاص ذوي البشرة الداكنة.
5. لم يتم تقديم أي ضمان لي بشأن النتائج التي يمكن الحصول عليها. إنني أدرك أن علاجات المتابعة قد تكون ضرورية لتحقيق النتائج المرجوة. يحتاج معظم المرضى إلى عدد من العلاجات على مدى عدة أشهر مع حدوث نتائج تدريجية خلال هذا الوقت. ستختلف النتائج السريرية لكل مريض. أوافق على الالتزام بجميع احتياطات وأنظمة السلامة أثناء العلاج. لن يتم استرداد الأموال للعلاجات المستلمة.
6. لقد قرأت وفهمت تعليمات ما قبل وبعد العلاج. أوافق على اتباع هذه التعليمات بعناية.

أفهم وأوافق على أن جميع الخدمات المقدمة لي يتم تحصيلها مني مباشرةً وأنني مسؤول شخصياً عن الدفع.

قد قرأت وفهمت هذه الاتفاقية. تم الرد على جميع أسئلتني بشكل يرضي وأوافق على شروط هذه الاتفاقية.

لقد تم شرح لي طرق العلاج البديلة ومخاطرها وفوائدها ، وأنا أفهم أن لدي الحق في رفض العلاج.

ملاحظة: جميع الأسعار قابلة للتغيير دون إشعار مسبق

| قم بالتوقيع هنا فقط إذا تمت الموافقة على جميع الأسئلة | | |
|---|---|---|
| مريض | شاهد | طبيب |
|  |  |  |
| اسم المريض sandhya rani تاريخ 2023-12-28 | اسم الشاهد test تاريخ 2023-12-28 | Shilpa Sandhya - Dermatology (FDY56YGDGFG) تاريخ 2023-12-28 |