

Prp Consent Form نموذج موافقة Prp

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	:	2024-04-16
Gender جنس	:	Male	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Ahmad Irfan

I, the undersigned hereby consent to allow myself to undertake PRP Treatment, procedures discussed during our consultation for the purpose of aesthetic enhancement

أنا ، الموقع أدناه ، أوافق على السماح لنفسني بإجراء علاج PRP أو تقطيع الاليف وفيللر الشعر التي تمت مناقشتها خلال استشارتنا لغرض التحسين الجمالي




1. Prior to PRP treatment, a blood sample of 10 or 25ml is taken from your arm. The blood is immediately placed in the centrifuge for 10 minutes, When centrifugation is complete your plasma will be separated from your red blood cells. The plasma rich in platelets is extracted. PRP is injected into the skin. Adequate pain relief is usually achieved with local anesthetic cream or anesthetic injection
2. We have discussed the nature of PRP Treatment procedure and I hereby agree to adhere to all safety precautions and instructions after the treatment
3. I am aware that these services will be provided to me by licensed doctors, nurses, physician's assistance and other medical staff
4. I should not expose to direct sun light after the treatment without applying any sunblock cream and I should not use any facial products on my face without informing the doctor and will only follow the prescription.
5. 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
6. All necessary treatment methods have been thoroughly explained to me in a detailed in all clear manner and other unknown and unexpected side effects from the procedure

1. لقد ناقشنا طبيعة تقنية البلازما أوافق بموجبه على الالتزام بكافة احتياطات وتعليمات السلامة بعد العلاج.
2. أدرك أن هذه الخدمات سيتم توفيرها لي من قبل أطباء وممرضات ومساعدة طبيب وطافم طبي آخر
3. لا يجب أن أتعرض لأشعة الشمس المباشرة بعد العلاج بدون استخدام أي كريم واقى من الشمس ولا يجب أن أستخدم أي منتجات للوجه على وجهي دون إبلاغ الطبيب وسأتبع فقط الوصفة الطبية.
4. أدرك أن نتائج هذا العلاج لا يمكن تقديرها بدقة مسبقاً أو تأكيدها ، حيث قد تختلف من مريض لآخر
5. تم شرح جميع طرق العلاج اللازمة لي بشكل مفصل وبكل طريقة واضحة والآثار الجانبية المحتملة
6. 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

7. 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
8. 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
9. I hereby give my voluntary consent to undergo PRP Treatment, and release VISION MEDICAL & DENTAL CENTER (Abu Dhabi), its medical staff, and administrations from any liability associated with the procedure
7. قبل العلاج بالبلازما الغنية بالصفائح الدموية ، يتم أخذ عينة دم من الذراع من 10 أو 25 ملل. يتم وضع الدم على الفور في جهاز الطرد المركزي لمدة 8 دقائق ، وعند اكتمال الطرد المركزي سيتم فصل البلازما عن خلايا الدم الحمراء. البلازما الغنية بالصفائح الدموية هي المستخلص. يتم حقن PRP في الجلد. عادة ما يتم تخفيف الآلام بشكل كافٍ باستخدام كريم مخدر موضعي أو حقن مخدر
- VISION MEDICAL & DENTAL CENTER (Abu Dhabi) غير مسؤولة عن أي مضاعفات قد تحدث نتيجة عدم الالتزام بالتعليمات المطلوبة لهذا الإجراء
9. أوافق بموجب هذا موافقتي الطوعية للخضوع لعلاج PRP، وأعفي VISION MEDICAL & DENTAL CENTER (Abu Dhabi) وطاقمها الطبي وإداراتها من أي مسؤولية مرتبطة بهذا الإجراء

'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'

'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 2024-04-16 (09:15 - 09:30)	Witness Name اسم الشاهد test Date تاريخ 2024-04-16 (09:15 - 09:30)	Doctor's Name اسم الطبيب Ahmad Irfan Date تاريخ 2024-04-16 (09:15 - 09:30)