

Consent For Facial Treatment								
الموافقة على علاج الوجه								
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	Nationality جنسية	:	Other
Gender جنس	:	Male	Doctor's Name اسم الطبيب	:	dermatology derma	Date تاريخ	:	2024-04-13

الهدف من علاج الوجه كما هو الحال في أي إجراء تجميلي ، هو التحسين ، وليس الكمال. أفهم أن نتائجي قد لا تكون مثالية. في حالة علاج الوجه ، يختلف عدد العلاجات اللازمة بين الأفراد والمناطق التي يتم علاجها.

أفهم أن ممارسة التجميل ليست علمًا دقيقًا وأنه لا يمكن تقديم أي ضمانات محددة بشأن النتائج المستثناة.

هل هناك أي مجالات محددة تهلك؟
Yes ☐ No ☐

هل هناك أي مجالات محددة تهلك؟

هل أنت حاليًا تحت رعاية طبيب لأي حالة جلدية أو مشكلة أخرى؟

هل أنت حامل أو تعتقد أنك حامل؟
Yes ☐ No ☐

هل تأخذين وسائل منع الحمل؟
لا- إذا كانت الإجابة بنعم ، أي نوع؟
Yes ☐ No ☐

هل تتناول أدوية بديلة للهرمونات؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم ، أي نوع؟
Yes ☐ No ☐

هل ترتدي العدسات اللاصقة؟
Yes ☐ No ☐

هل تعاني من الإجهاد؟
Yes ☐ No ☐

هل تم تشخيصك بسرطان الجلد؟
Yes ☐ No ☐

هل تستخدم حاليًا أو سبق لك استخدام أي من الأدوية المدرجة؟ ضع دائرة حول كل ما ينطبق.

Glycolic or ☐ Azelex ☐ Differin ☐ Renova ☐ Retin-A ☐ Tazarac ☐
Alphahydroxy Acids

منذ متى وأنت تستخدم الدواء المحاط بدائرة أعلاه؟

هل لديك أي نوع من الحساسية؟ نعم لا ؟
إذا كانت الإجابة بنعم ، فإلى متى؟
Yes ☐ No ☐

هل تتناول حاليًا أي أدوية؟ نعم / لا إذا كانت الإجابة بنعم ، فما نوعها وكم مدتها
Yes ☐ No ☐

هل سبق لك استخدام Accutane؟ نعم / لا
Yes ☐ No ☐

هل لديك حب الشباب؟ نعم/ لا
Yes ☐ No ☐

ذا كانت الإجابة بنعم ، فإلى متى؟ هل تعاني من عيوب متكررة؟
نعم / لا
Yes ☐ No ☐

ي من هذه المنتجات تستخدمه حاليًا على وجهك؟ ضع دائرة حول كل ما ينطبق.

kyuiyu Soap ☐ Cleansing Milk ☐ Toner ☐ Scrub ☐ Mask ☐ Cream ☐ Sunscreen ☐ Other ☐

كم من الماء العادي تستهلك يوميًا؟

هل سبق لك أن عانيت من أي من الحالات التالية على بشرتك؟ ضع دائرة حول كل ما ينطبق.

Obvious Dryness ☐ Tightness ☐ Flakiness ☐

هل واجهت تألق زيتي خلال النهار؟ نعم / لا / من حين لآخر ؟ Yes ☐ No ☐ Occasionally ☐

ل تعانين حاليًا من الدورة الشهرية؟ نعم / لا Yes ☐ No ☐


هل بدأت أي دواء جديد؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم ، أي نوع؟ Yes ☐ No ☐

هل جميع المعلومات الموجودة في نموذج تاريخك الصحي محدثة؟ نعم / لا. إذا كان الجواب بالنفي ، يرجى استكمال نموذج صحة جديد.

.If no, please complete a new Health History Form ☐ Yes ☐ No ☐

أفهم أنني قد أشعر ببعض الانزعاج والاحمرار والتورم لمدة ساعتين إلى 7 أيام ، والحكة أو التهيج ، وتقشير الجلد أو التقشر لمدة تصل إلى 7 أيام بعد العملية ، وقد يكون لدي ندبات محتملة نتيجة لذلك

قراري الخضوع لهذا العلاج وأقر بأنني قد قرأت وفهمت بالكامل الموافقة المذكورة أعلاه. لقد أتيحت لي فرصة كبيرة للمناقشة وتم الرد على جميع أسئلتي بما يرضي. أوافق بموجب هذا على إجراء علاج الوجه. وبشكل هذا الإفشاء الكامل ويحل محل أي إفصاحات شفوية أو مكتوبة سابقة. المركز الطبي الأسترالي غير مسؤول عن أي إصابة أو رد فعل تحسسي أو أي خدش جلدي نتيجة للخدمات التي تتم علي.

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 2024-04-13	Doctor Name اسم الطبيب dermatology derma - Dermatology (0) Date تاريخ 2024-04-13