

## Regenera Treatment Consent Form

### نموذج الموافقة على علاج ريجينيرا

Patient Name اسم المريض	:	Reshma Siya	Emirates ID هوية الإمارات	:	784-6478-3648736-8
File No رقم الملف	:	4	DOB تاريخ الميلاد	:	1995-05-21
Nationality جنسية	:	Other	Date تاريخ	:	2024-03-01
Gender جنس	:	Female	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Ahmad Irfan

I, the undersigned hereby consent to allow myself to undertake the Regenera Treatment procedure which has been discussed during our consultation for the purpose of aesthetic enhancement

أوافق على السماح لنفسني بإجراء علاج Regenera الذي تمت مناقشته خلال استشارتنا لغرض التحسين الجمالي

I understand that the goal of this treatment is to improve my appearance to combat hair loss and stimulate the growth of new hair. It involves an injection of a unique combination of stem cells precursors, growth factors, and progenitor cells is injected into the scalp in order to promote the regenerative processes

درك أن الهدف من هذا العلاج هو تحسين مظهري لمحاربة تساقط الشعر وتحفيز نمو شعر جديد. يتضمن حقن مزيج فريد من سلالات الخلايا الجذعية وعوامل النمو والخلايا السلفية التي يتم حقنها في فروة الرأس من أجل تعزيز عمليات التجدد

Prior to the treatment, a blood sample is taken from the back of the scalp then placed into the Rigenera machine and mechanically ground into a solution. Stem cells from the hair follicles, fat, and blood are filtered by the machine and are extracted into a needle syringe

قبل العلاج ، يتم أخذ عينة دم من الجزء الخلفي من فروة الرأس ثم يتم وضعها في آلة Regenera ويتم طحنها ميكانيكيًا في محلول. يتم تصفية الخلايا الجذعية من بصيلات الشعر والدهون والدم بواسطة الجهاز ويتم استخلاصها في حقنة إبرة

I have been informed that the results are generally visible within 6-7 months and can continue to improve gradually for up to 12 months after the procedure, with the possibility that some imperfection remains and that the result may not be what I expected

لقد تم إبلاغي بأن النتائج تظهر بشكل عام في غضون 6-7 أشهر ويمكن أن تستمر في التحسن تدريجيًا لمدة تصل إلى 12 شهرًا بعد الإجراء ، مع احتمال بقاء بعض النقص وأن النتيجة قد لا تكون كما كنت أتوقع.

I am aware that this service will be provided to me by licensed doctors, nurses, physician's assistance, and other medical staff Bruises, swelling, local discomfort, redness, or itching are common and normal during and after the treatment and they will completely resolve over 5-7 days

إنني أدرك أن هذه الخدمة سيتم توفيرها لي من قبل أطباء وممرضات ومساعدة طبيب وطاقم طبي آخر مرخصين الكدمات ، التورم ، الانزعاج الموضعي ، الاحمرار أو الحكة شائعة وطبيعية أثناء العلاج وبعده وسوف تختفي تمامًا خلال 5-7 أيام

I hereby acknowledge that I am advised to follow the instruction as;

أقر بموجبه أنني نصحني باتباع التعليمات على النحو التالي:

- Avoid strenuous exercise for Five days
- Away from hot bath and hot water for 3 days
- Avoid rubbing or massaging the injection area
- Do not expose the injured area without a bandage cover

- تجنب التمارين الشاقة لمدة خمسة أيام
- الابتعاد عن الحمام الساخن والماء الساخن لمدة 3 أيام
- تجنب فرك أو تدليك منطقة الحقن
- لا تعرض المنطقة المصابة بدون غطاء الضمادة

I acknowledge that this treatment has been thoroughly explained to me in a detailed in all clear manners with its potential benefits and risks and other unknown and unexpected side effects from the procedure

أقر بأن هذا العلاج قد تم شرحه لي بالتفصيل وبكل طريقة واضحة مع فوائده ومخاطره المحتملة والآثار الجانبية الأخرى غير المعروفة

All of my questions have been satisfactorily answered and I agree to adhere to all safety precautions and instructions after the treatment

لقد تمت الإجابة على جميع أسئلتني بشكل مرضي وأوافق على الالتزام بجميع احتياطات وتعليمات السلامة بعد العلاج

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

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

Top Life Physiotherapy and Hijjama Center is not responsible for any complications that may occur due to non-compliance with the post-treatment measures required/recommended for this procedure




مركز توب لايف للعلاج الطبيعي والحجامة غير مسؤول عن أي مضاعفات قد تحدث بسبب عدم الالتزام بإجراءات ما بعد العلاج المطلوبة/الموصى بها لهذا الإجراء

I hereby give my consent to undergo Regenera Treatment and release Top Life Physiotherapy and Hijjama Center, its medical staff, and administrations from any liability associated with the procedure

أمنح بموجب هذا موافقتي على الخضوع لعلاج ريجينيرا وأعفي مركز توب لايف للعلاج الطبيعي والحجامة وطاقمه الطبي وإدارته 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 على أن مقدمي الرعاية الصحية المشاركين في رعايتي في هذه المنشأة سيتمكنون من الوصول إلى معلوماتي الصحية من خلال نظام تبادل المعلومات الصحية (NABIDH) وفقاً لقوانين دولة الإمارات العربية المتحدة وتشريعات إمارة دبي وسياسات هيئة الصحة بدبي.'

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 Reshma Siya  Date تاريخ 2024-03-01 (13:15 - 13:30 )	Witness Name اسم الشاهد vbgbhghb  Date تاريخ 2024-03-01 (13:15 - 13:30 )	Doctor's Name اسم الطبيب Ahmad Irfan  Date تاريخ 2024-03-01 (13:15 - 13:30 )