

## Hijjama Therapy consent Form

### نموذج الموافقة على العلاج بالحجامة

Patient Name اسم المريض	:	Mavis Vermillion	Emirates ID هوية الإمارات	:	784-1991-4489987-2
File No رقم الملف	:	20	DOB تاريخ الميلاد	:	1991-01-01
Gender جنس	:	Female	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Ahmad Irfan
			Date تاريخ	:	2024-02-15

I, the undersigned hereby consent to allow myself to undertake Hijjama Therapy which was discussed during our consultation to help in prophylactic or therapeutic purposes according to my case

أنا ، الموقع أدناه ، أوافق على إجراء علاج الحجامة الذي تمت مناقشته خلال استشارتنا للمساعدة في الغرض الوقائي أو المساهمة في الغرض العلاجي للمشكلة التي أعاني منها

1. I understand that Hijjama Therapy "Wet cupping therapy" also known as complementary treatment is generally safe and controlled medical bleeding by drawing small amounts of blood in the suction process in order to help in achieving the goal in hijjama

1. أدرك أن علاج الحجامة "العلاج بالحجامة الرطبة" يُعرف أيضًا بالعلاج التكميلي. إنه إجراء طبي آمن وخاضع للسيطرة بشكل عام. ويتم عن طريق سحب الدم في عملية الشفط من أجل المساعدة في الغرض المطلوب لحالتي.

2. I am aware that after the treatment my immune system can temporarily react to this release as it might with the flu- producing effects like nausea, headache, fatigue, and dizziness that will subside in time with rest and following the instruction

2. أدرك أنه بعد العلاج يمكن لجهاز المناعة في جسدي أن يتفاعل مؤقتًا مع هذا كما هو الحال مع التأثيرات المسببة للإنفلونزا مثل الغثيان والصداع والدوخة والالتهاب، التي ستهدأ مع الراحة واتباع التعليمات

3. I affirm that I am not experiencing fever, cancer, recent surgery, hemophilia or bleeding/clotting disorders, tuberculosis, pregnancy, AIDS , Hepatitis B, Hepatitis C or any infectious disease

3. أؤكد أنني لا أعاني من الحمى أو السرطان أو الجراحة الحديثة أو الهيموفيليا أو اضطرابات النزيف / التخثر ، الأيدز، السل ، أو أي مرض معدٍ ولا أنا حامل حاليًا

4. أدرك أن العلاج بالحجامة سيترك علامات تغير اللون وكدمات مستديرة تدوم عدة أيام حسب شدة حالتي

4. I understand that Hijjama Therapy will leave discoloration and round bruises marks that will last several days depending on the severity of my condition

5. أدرك أنه بعد العلاج لا يجب أن أستحم بالماء الساخن والساونا وممارسة التمارين الرياضية القاسية وتجنب بعض الأطعمة الدسمة لمدة 24 ساعة لأنها يمكن أن تسبب مضاعفات غير مرغوب فيها

5. I understand that after the treatment I should not take a hot shower, sauna, extreme exercise, and avoid certain food such as heavy meals for 24 hours as it can produce undesirable complications

6. أفهم أن هذا العلاج قد تم شرحه لي بالتفصيل وبكل طريقة واضحة وقد تحدث أثار جانبية أخرى غير معروفة وغير متوقعة من العلاج


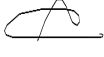

6. I understand that this treatment has been thoroughly explained to me in a detailed in all clear manner and others might happen from unknown and unexpected side effects from the treatment

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. I hereby give my voluntary consent to undergo Hijjama Therapy and release Top Life Physiotherapy and Hijjama Center, its medical staff, and administrations from any liability associated with the treatment

7. 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
8. أمنح بهذا موافقتي الطوعية على الخضوع للعلاج بالحجامة وأعفي مركز توب لايف للعلاج الطبيعي و الحجامة وطاقمه الطبي وإدارته من أي مسؤولية مرتبطة بالعلاج.

"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 امارة 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 Mavis Vermillion  Date تاريخ 2024-02-15 (09:45 - 10:00 )	Witness Name اسم الشاهد 0000dddd  Date تاريخ 2024-02-15 (09:45 - 10:00 )	Doctor's Name اسم الطبيب Ahmad Irfan  Date تاريخ 2024-02-15 (09:45 - 10:00 )

