

## Consent For Facial Treatment

### الموافقة على علاج الوجه

Patient Name اسم المريض	:	adnic adnic	Emirates ID هويه الإمارات	:	784-7766-4326987-6
File No رقم الملف	:	12	DOB تاريخ الميلاد	:	2000-07-04
Gender جنس	:	Male	Doctor's Name اسم الطبيب	:	dermatology derma
			Date تاريخ	:	2024-02-23

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 المستتناة.

هل هناك أي مجالات محددة تهتمك؟ Yes ☐ No ☐

هل هناك أي مجالات محددة تهتمك؟

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؟ 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 ☐  
Alpha hydroxy Acids

منذ متى وأنت تستخدم الدواء المحاط بدائرة أعلاه؟

هل لديك أي نوع من الحساسية؟ نعم لا ؟ 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 ☐

Yes ☐No ☐

هل لديك حب الشباب؟ نعم/ لا

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

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

Soap ☐Cleansing ☐  
MilkToner ☐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 تآلق زيتي خلال النهار؟ نعم/ لا / من حين لآخر ؟

Yes ☐No ☐Occasionally ☐Yes ☐No ☐

ل تعانين حاليًا من الدورة الشهرية؟ نعم / لا

Yes ☐No ☐

هل بدأت أي دواء جديد؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم ، أي نوع؟

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 أتيت 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 يرضيكPatient  
مريضDoctor  
طبيبPatient Name  
اسم المريض  
adnic adnicDate  
تاريخ  
2024-02-23Doctor Name  
اسم الطبيب  
dermatology derma - Dermatology (0)Date  
تاريخ  
2024-02-23