

Consent For Facial Treatment

الموافقة على علاج الوجه

Patient Name اسم المريض	:	sandhya rani	Emirates ID هوية الإمارات	:	784-1996-9294842-7
File No رقم الملف	:	7	DOB تاريخ الميلاد	:	2023-10-09
Gender جنس	:	Female	Doctor's Name اسم الطبيب	:	Shilpa Sandhya
			Date تاريخ	:	2023-12-07

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 ، ☐ Yes ☐ No أي نوع؟

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

منذ متى وأنت تستخدم الدواء المحاط بدائرة أعلاه؟

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

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 ☐ ذا 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.

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

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 ☐

Yes ☐

No ☐

ل تعاني 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 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

Client
مريض

Doctor
طبيب

Client Name
اسم المريض
sandhya rani

Date
تاريخ
2023-12-07

Doctor Name
اسم الطبيب
Shilpa Sandhya - Dermatology (FDY56YGDFG)

Date
تاريخ
2023-12-07