

Lipolysis Injection consent Form

نموذج الموافقة على حقن تحليل الدهون

| | | | | | |
|----------------------------|---|----------------|------------------------------|---|--------------------|
| Patient Name اسم المريض | : | Alston Rebello | Emirates ID هوية الإمارات | : | 111-1111-1111111-1 |
| File No رقم الملف | : | 17 | DOB تاريخ الميلاد | : | 1996-06-20 |
| Gender جنس | : | Male | Doctor's Name اسم الطبيب | : | Ahmad Irfan |
| | | | Date تاريخ | : | 2023-12-19 |

I, the undersigned hereby consent to allow myself to undertake Lipolysis Injection procedures which were discussed during our consultation for Fat Reduction and localized fat deposits

أنا ، الموقع أدناه ، أوافق على السماح لنفسني بإجراء عمليات حقن تذيب الدهون التي تمت مناقشتها خلال استشارتنا لتقليل الدهون وترسبات الدهون الموضعية

1. Prior to Lipolysis Injection I hereby acknowledge that I had an opportunity to discuss my medical history and recent condition, the size, and location of the fat deposits were examined, and the circumference was measured
2. I am aware that these services will be provided to me by licensed doctors, nurses, physician's assistance, and other medical staff
3. The following is the list of possible side effects of Lipolysis Injection but they are minimal and temporary which typically resolve within 3 to 5 days
 - Bruises are common and normal during and after the treatment and they will disappear after 2-3 hours
 - Redness or swelling at the injection site
 - Itching and burning lasting 20 minutes to a few hours
 - Dizziness and possible allergic reactions could happen
 - May also experience mild, intermittent diarrhea as your body converts the broken down fatty structures into waste products
4. I hereby acknowledge that I am advised to adhere to the following instruction;
 - Avoid extreme exercise after Lipolysis Injection for 1 day
 - Away from hot bath and hot water for 1 day
 - Avoid sunbathing or tanning

1. أنا أفهم أن حقن تذيب الدهون قد يتطلب العديد من الحقن الصغيرة حول المنطقة (المناطق) المراد علاجها. 1. قبل حقن تذيب الدهون ، أقر أنه أتيت لي الفرصة لمناقشة تاريخي الطبي وحالتي الحديثة ، وتم فحص حجم وموقع رواسب الدهون ، وتم قياس المحيط
2. أدرك أن هذه الخدمات سيتم توفيرها لي من قبل أطباء وممرضات ومساعدة طبيب وطافم طبي آخر
3. فيما يلي قائمة بالآثار الجانبية المحتملة لحقن تحليل الدهون ولكنها محدودة ومؤقتة والتي عادة ما يتم حلها في غضون 3 إلى 5 أيام
 - الكدمات شائعة وطبيعية أثناء وبعد العلاج وتختفي بعد 3-4 أيام
 - احمرار أو انتفاخ في موقع الحقن
 - يستمر الحكة والحرقان لمدة 20 دقيقة إلى بضع ساعات
 - قد يحدث دوار وتفاعلات تحسسية محتملة
 - قد تعاني أيضًا من الإسهال الخفيف والمتقطع لأن جسمك يحول الهياكل الدهنية المتكسرة إلى فضلات
4. أقر بموجب هذا بأنني سوف التزم بالتعليمات كاملة على النحو التالي:
 - الابتعاد عن الحمام الساخن والماء الساخن لمدة يوم واحد
 - تجنب الاستحمام الشمسي

5. 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
6. I acknowledge that this treatment has been thoroughly explained to me in a detailed in all clear manner and with its benefits and associated risk and other unknown and unexpected side effects from the procedure
7. All of my questions have been satisfactorily answered and I agree to adhere to all safety precautions and instructions after the treatment
8. Top Life Physiotherapy and Hijjama Center is not responsible for any complications that may occur due to non-compliance with the instruction required for this procedure


5. 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
6. تم شرح جميع طرق العلاج اللازمة بشكل شامل ومفصل وبكل طريقة واضحة والآثار الجانبية المحتملة
7. تمت الإجابة على جميع أسئلتي بشكل مرض وأوافق على الالتزام بجميع احتياطات وتعليمات السلامة بعد العلاج قد تحدث بعض الأعراض الجانبية الغير معروفة والغير متوقعة في بعض الاحيان
8. وان مركز توب لايف للعلاج الطبيعي والحجامة غير مسؤول عن أي مضاعفات قد تحدث بسبب عدم الامتثال للتعليمات المطلوبة لهذا الإجراء

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

أمنح بموجب هذا موافقتي الطوعية للخضوع لحقن تحليل الدهون وأعفي مركز توب لايف للعلاج الطبيعي والحجامة وطاقمه الطبي والإدارات 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 بان 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 |
| 7 | 7 |  |
| Patient Name اسم المريض Alston Rebello Date تاريخ 2023-12-19 12:30 | Witness Name اسم الشاهد ss Date تاريخ 2023-12-19 12:30 | Doctor's Name اسم الطبيب Ahmad Irfan Date تاريخ 2023-12-19 12:30 |