

Laser Hair Removal Consent Form Arabic

نموذج الموافقة على إزالة الشعر بالليزر باللغة العربية

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
Gender جنس	:	Female	Doctor's Name اسم الطبيب	:	dermatology derma
			Date تاريخ	:	2024-03-04

أنا، بموجب هذه الموافقة أسمح للطبيب أو أي أخصائي مدرب بالقيام بعلاج الليزر لي،

يقوم جهاز الليزر باستهداف التصبغات في بصيلة الشعر لمعالجة الشعر الغير مرغوب فيه لاطول فترة ممكنة . يتمو الشعر بالتدريج ، يعمل الليزر خلال فترة نمو الشعر لذلك عدة جلسات خلال فترات نظامية متباعدة قد تكون مطلوبة لمعالجة كل الشعر الموجود في المنطقة المعالجة . للحصول على أقصى النتائج من الضروري متابعة جدول الجلسات الموصى به .

لقد قرأت ووافقت عليه و أدركت النقاط التالية:

-لاينصح بالعلاج بالليزر في حال وجود أي من الحالات التالية: الحمل أو الأرضاع، حساسية الضوء، أمراض مناعية، داء السكري، نزيف غير نظامي، أزمة بسبب الضوء، مرض جلدي، أو أي مرض معدي، لقد قمت بإبلاغ الأخصائي المعالج في حال تواجد احد الحالات المذكورة.

-لا ينصح بالليزر للمرضى الخاضعين للسمرة من الشمس حتى تزول السمرة و التعرض لأشعة الشمس ممنوع خلال العلاج.

سوف لن أتعرض لأشعة الشمس خلال فترة العلاج كاملة و قبل و بعد ستة أسابيع من الجلسة . يجب التوقف عن استخدام منتجات التسمير الصناعية قبل اسبوعين من العلاج.

-سيتم قبل البدء بالعلاج اختبار ردة فعل الجلد.

-يمكن أخذ بعض الصور لجدولي البياني و للمقارنة ، و سيتم ذكر الخصوصية.

-احتمالات النجاح : عدة جلسات مطلوبة ، أسابيع او اشهر. خمسة جلسات تكون مثالية، ولكن بعض الاشخاص بحاجة لأكثر. التخلص من الشعر يكون ابديا بعد عدة جلسات ، و لكن ليس في جميع الحالات . قد تكون بحاجة لجلسات رتوش في المستقبل. تختلف نتيجة العلاج مع كل شخص على حسب لون البشرة، نوع البشرة، و كثافة الشعر، غودة ظهور الشعر ممكن في الاماكن المعالجة ، انا ادرك ايضا ان بعض الاشخاص لايتجيبون للعلاج.

-اذا ادرك ان عدم القدوم على الموعد أو تأجيله يؤثر في النتيجة مما يؤدي الى نمو الشعر مجددا و خصوصا في حالات الشعر الناعم او الرقيق.

-تعليمات قبل/بعد العلاج. نسخة مطبوعة من هذه التعليمات قد اعطت لي و قد ادركتها بشكل كامل. و اتحمل المسؤولية بالالتزام بتعليمات السلامة المذكورة سابقا،

-لقد تمت مناقشة تكاليف العلاج معي مسبقا

انا على دراية بالمخاطر/المضاعفات المحتمل حصولها مع العلاج بالليزر.

الشعور: يحدث شعور خفيف جدا خلال جلسة العلاج. يتم استخدام جهاز مبرد يرسل رذاذ الى سطح الجلد مع كل اشعاع ليزر . الكريم المخدر متوفر للراحة من هذه الوخزات في حال الضرورة.

التأثيرات الجانبية : بعض التأثيرات الجانبية ممكن حدوثها مثل احمرار، تورم، وخروق خفيفة تزول خلال 1-3 أيام. كدمة، تقرح، تقشير ممكن حدوثه في حالات نادرة و يحتاج 1-3 اسابيع للشفاء.

العدوى: عدوى الجلد ممكن حدوثها عند تطبيق العلاج و لكن نادرا، داء القوباء(احد انواع الامراض الجلدية) يمكن الاصابة به حول الفم بعد الجلسة. هذا ينطبق على مع او مع عدم وجود تاريخ مع هذا الداء. المضادات الحيوية مطلوبة في هذه الحالات و متوفرة مع وصفة طبية . في حال حدوث عدوى جلدية يجب اخذ علاجات اضافية او مضادات حيوية.

التغيرات في التصبغات : ظهور بعض البقع الداكنة او الفاتحة بعد الجلسات. هذه الحالات نادرة و تشفى خلال اسابيع او اشهر معدودة. عدم التعرض لأشعة الشمس خلال و بعد فترة العلاج يقلل من احتمال تغير لون الجلد.

جروح او خدوش: ممكن حدوث جروح او تغيرات في تركيبة الجلد . من الضروري اتباع تعليمات السلامة للعلاج بعد الليزر. الالتزام الجدي يساعد في منع حدوث مثل هذه الجروح بسبب خارجي بعد الجلسة.

حماية العيون: سيكون عليك وضع قناع واقي للعيون. يجب وضع هذا القناع طول فترة الجلسة حتى تقي عيونك من اشعاعات الليزر.


انا اصرح بأنني قرأت و ادركت تماما وثيقة الموافقة و قد تم تزويدي بمعلومات كافية و تم الجواب على جميع استفساراتي.

لقد وافقت على الشروط في هذه الاتفاقية.

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

Doctor
طبيب

	
<p>Patient Name اسم المريض Reshma Siya</p> <p>Date تاريخ 2024-03-04</p>	<p>Doctor Name اسم الطبيب dermatology derma - Dermatology (0)</p> <p>Date تاريخ 2024-03-04</p>

