

(Filler)موافقة العلاج بالفيلر

اسم المريض	:	adnic adnic	:	هويه الإمارات	:	784-7766-4326987-6
رقم الملف	:	12	:	تاريخ الميلاد	:	2000-07-04
جنس	:	Male	:	اسم الطبيب	:	dermatology derma
	:		:	تاريخ	:	2024-02-23
	:		:	جنسية	:	Other

أنا ، أفهم أنه سيتم حقني بـ فيلر في جلدي ، في المنطقة (المناطق) التالية
dfgdfg

تمت الموافقة على حقن الفيلر في الجلد المشار إليه من قبل إدارة الأغذية والعقاقير للاستخدام في العلاج التجميلي للتجاعيد المتوسطة إلى الشديدة حول الأنف والفم. أفهم أن هذا العلاج مؤقت ، وأن إعادة الحقن ضرورية بعد حوالي ستة أشهر. لقد تم شرح لي أن العلاجات المؤقتة الأخرى والأكثر ديمومة متوفرة..

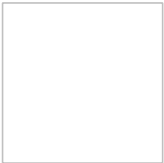

قد تحدث المضاعفات التالية مع إجراء حقن حشو الجلد:

- الخطر: أفهم أن هناك خطر كدمات ، احمرار ، ألم في مكان الحقن ، حنان ، حكة ، رد فعل تحسسي ، ورفع نتوء في الجلد (العقيدات).
- العدوى: يمكن أن تحدث عدوى بكتيرية و / أو فيروسية و / أو فطرية بعد المعالجة ، والتي يمكن علاجها بسهولة في معظم الحالات ، ولكن من النادر حدوث ندوب دائمة في المنطقة.
- الفعالية: يمكن أن يستمر العلاج من 4-6 أشهر إلى سنة واحدة.
- العلاج: أفهم أنه قد تكون هناك حاجة إلى أكثر من حقنة واحدة لتحقيق نتيجة مرضية.
- الحساسية: في حالات نادرة ، قد يكون هناك رد فعل تحسسي للحقن.
- هناك خطر تندب.
- سوف أتبع جميع تعليمات الرعاية اللاحقة حيث أنه أمر حاسم لأقوم بالشفاء.

نظرًا لأن الفيلر الجلدي ليس علمًا دقيقًا ، فقد يكون هناك مظهر غير متساو للوجه مع بعض المناطق الأكثر تأثرًا بالحشو من غيرها. في معظم الحالات ، يمكن تصحيح هذا المظهر غير المتكافئ عن طريق حقن أكبر في نفس المناطق أو في المناطق المجاورة. ولكن في بعض الحالات ، قد يستمر هذا المظهر غير المتساوي لعدة أسابيع أو أشهر لا تهدف هذه القائمة إلى أن تكون شاملة لجميع المخاطر المحتملة المرتبطة بحشو الجلد حيث أن هناك آثارًا جانبية معروفة وغير معروفة مرتبطة بأي دواء أو إجراء. لا يجب إعطاء هذه الفيلر الجلدي للمرأة الحامل أو المرضعة.

عدد الوحدات التي يتم حقنها هو تقدير لكمية الفيلر المطلوب لإضافة حجم إلى الجلد وإعطاء مظهر وجه أكثر نعومة. أفهم أنه لا يوجد ضمان لنتائج أي علاج وتطبيق الرسوم العادية على جميع العلاجات اللاحقة.

أتفهم وأوافق على أن جميع الخدمات يتم تحصيلها مني مباشرة وأنا مسؤول شخصيًا عن الدفع. أوافق أيضًا في حالة عدم الدفع ، على تحمل تكلفة التحصيل و / أو تكلفة المحكمة والرسوم القانونية المعقولة ، يجب أن يكون ذلك مطلوبًا. من خلال التوقيع أدناه ، أقر بأنني قرأت الموافقة المستنيرة السابقة وأوافق على العلاج بالمخاطر المرتبطة به. أمنح بهذا موافقتي على إجراء هذا العلاج وجميع حشوات الجلد اللاحقة مع كل ما سبق فهمه. بموجب هذا ، أفرج عن الطبيب والشخص الذي يحقن الحشو الجلدي والمنشأة من المسؤولية المرتبطة بهذا الإجراء.

قم بالتوقيع هنا فقط إذا تمت الموافقة على جميع الأسئلة	
طبيب	مريض
	
dermatology derma - Dermatology (0) تاريخ 2024-02-23	اسم المريض adnic adnic تاريخ 2024-02-23

