



File No: .....

Date: / /

Date: ... / ... / ..... File Number: ..... ١٥٥٠٨٦٧٦  
Patient Name: ..... اسم المريض: .....  
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 19/03/1976 Gender (الجنس): M / F Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single  
Nationality (الجنسية): Egyptian Occupation (الوظيفة): /  
Address (العنوان): ..... Phone No. (رقم الهاتف): 055.2251322  
E-MAIL: ..... How did you know about us: .....

التاريخ الطبي Medical History	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا نعم / لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	لا نعم
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا نعم
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا	لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو تناسلية؟	لا
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعاني من مشاكل في الدورة الشهرية؟	لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	لا
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا
Other conditions HSV, HIV... etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc	لا

### Medical Consent Form

I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition which has been explained to me by the qualified physician

I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.

I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.

I authorize my treating doctor to perform any procedures which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.

I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.  
I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.

I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its content and I sign it with all my will.

I am fully aware that any payments is NON refundable

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... / .....

### نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمع للطبيب علاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزيدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكتشف الطبيب خلال العلاج أمور مختلفة عن ما ذكر في القمص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التشخيصية المقدمة لي. كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و اترك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو التزيف أو الألم أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لى فحسي الملف صحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: 30/05/2022



استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دم فصية):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم ضغط):	/	Blood Sugar (دم سكر):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History التاريخ المرضي:		
Allergies الحساسية		
Medications الأدوية		
Pregnancy الحمل		
Previous Surgeries, Hospitalization عمليات سابقة , احوال المستشفى		
Smoking (التخين) : Y / N	Alcohol (الكحول) : Y / N	Drugs (تعاطي العقاقير) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis





REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

**Public Data Verification report****File****Valid Signature?**

Non-Modifiable Data (SF3)	False
Modifiable Data (SF5)	False
Holder Signature Image (SF7)	False
Photography	False
Home Address	False
Work Address	False

**Card Holder Information**

<b>Name</b>	Nadia,Hasan,Jaaz,Jaaz,	<b>IDN:</b>	784196706826219	<b>Mother Name:</b>	Not Defined
<b>Name (Ar)</b>	نادية حسن جاز جاز	<b>Card Number:</b>	093726681	<b>Mother Name (Ar):</b>	راجحة
<b>Title:</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	IRQ العراق	<b>Family ID:</b>	
<b>Title(Ar):</b>		<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	02
<b>Issue Date:</b>	21/03/2019	<b>Date of Birth:</b>	26/03/1967	<b>Sponsor Name:</b>	احمد ناجي عبدالله محسن
<b>Expiry Date:</b>	20/03/2022	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	419016
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Residency Number:</b>	60120133004361	<b>Residency Expiry:</b>	20/03/2022
<b>Residency Type:</b>	03	<b>Occupation:</b>	10	<b>Occupation Field:</b>	00
<b>ID Type:</b>	IL				



Photo

Signature Image

<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

6/3/2020



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009132)

Date:03-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1004676 - NADIA 00. - 971502251322

The sum of Dhs. Seven Hundred Thirty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 735.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-06-2020

Being botox + vat

Made by Rana

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1004676 - NADIA 00. - 971502251322

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae  
www.omc1.ae





مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-009131

Date: 03-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1004676 - NADIA 00. - 971502251322**The sum of Dhs. **Five Hundred Twenty Five Only**By Cash **525.00** / By Credit Card **0.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **advance for 3 sessions prp face 1500 + vat balance 1050**Made by **Rana**

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e – mail : info@omc1.ae**  
**www.omc1.ae**



PPRP Treatment Consent Form الصفة باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية

Description of Treatment

This treatment involves the collection of your blood (approximately 11 - 22 ml), then your blood is spun down using a centrifuge to separate out the plasma and platelet portion using the separator gel as a special filter. The PPRP portion of your blood is then used at the point of care to re-energize your cells into rejuvenating themselves. The product is 100% your own blood by-product (autologous). If you have any questions please do not hesitate to ask your physician or nurse.

Side Effects

you will likely experience mild to moderate swelling of the treated area, this will last for about 12- 24 hours; ibs or cold compresses can be applied to reduce swelling if required. You may notice a tingling sensation while the cells are being activated. In rare cases skin infection may occur, which is easily treated with an anti-biotic.

Contraindications

You should not have PPRP treatment done if you have any of the following conditions: Skin conditions and diseases including: Facial cancer, existing or uncured. This includes SCC, BCC and melanoma, systemic cancer, chemotherapy, steroid therapy, dermatological diseases affecting the face (i.e. Porphyria), Blood disorders and platelet abnormalities, Anticoagulation therapy (i.e.: Warfarin) Platelet dysfunction syndrome, critical thrombocytopenia, hypofibrinogenemia, haemodynamic instability, sepsis, chronic liver disease, Hepatitis or any acute or chronic infections. Aspirin, Anti-inflammatory such as Nurofen, Voltaren, Diclofenac, or Naproxen etc.? St Johns Wort, Garlic, Are you currently taking, or have you recently taken (within 14 days) Vitamin E, or Fish Oil supplements that could have a thinning effect on your blood.

In case of presence of any previously mentioned contraindications please mention it here

Or Ask the doctor if you are not sure or you have any questions.

Patient's Name and Signature:



Date: ... / ... / ...

وصف العلاج

يقصن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ كمية من دم المريض تساوي تقريبا (١١ - ٢٢) مل ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام سائل فاصل للتفتيح بشكل خلص ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و إعادة للتغذية لها. هذا المنتج يكون بشكل كامل من دم المريض. اذا كان لديك اي اسئلة أو استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص أو اي من موظفي المركز.

الأعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الطفيف الى المتوسط في المنطقة المعالجة. و قد يستمر هذا التورم من (١٢-١٧) ساعة ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة المصابة اذا طلب الأمر. من الممكن ان تشعر ببعض الحرق الخفيف بينما يتم تنشيط الخلايا. نادرا ما يصاحب العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام المضادات الحيوية.

موانع العلاج

- لا يجب أن تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية: الأمراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير المعالجة كسرطانات الخلايا المرشحة و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغرى و السرطان الجهازي و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الأمراض الجلدية التي تصيب الوجه (مثل الورطيميا) و أمراض الدم و الحلال في الصفائح الدموية. علاج تشتر الدم (مثل الوراثية)
- متوفرة خلال الصفائح الدموية. التمس الحاد في حد الصفائح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار ترقق الدم. حالات التخثر الدموي. أمراض الكبد المزمنة. التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة أو حادة.
- تناول الأسبرين و مضادات الالتهاب كالتيروفين و الفيتارين و الستيرويدات و التابريكسين. أو مستحضرات التجميل. أو اذا كنت تتناول حاليا (خلال الاربعة عشر يوما للتسليم) مكملات غذائية مثل فيتامين E أو زيت السمك الذي قد يؤدي الى ترقق الدم. في حالة وجود احد موانع العلاج التي سبق ذكرها يرجى تحديد ذلك هنا

و اذا لم تكن متأكدًا أو كنت لديك أي استفسارات اسأل الطبيب المختص.

اسم المريض / التوقيع

نادية حسن لها

التاريخ: ... / ... / ...



I understand that due to the natural variation in quality of Platelet rich plasma, results will vary between individuals. I understand that although I may see a change after my first treatment; I may require a series of up to 6 sessions to obtain my desired outcome. The procedure and side effects has been explained to me including alternative methods; as have the advantages and disadvantages. I am advised that though good results are expected, the possibility and nature of complications cannot be accurately anticipated and that, therefore, there can be no guarantee as expressed or implied either as to the success or other result of the treatment. I am aware that the PRP treatment is not permanent as natural degradation will occur over time.

I authorize Dr. .... from Orchid Medical Center. perform the injection of PRP (Platelet Rich Plasma) for rejuvenation. This consent form will be valid for up to 6 applications of PRP, after which time I may be asked to compete a new form. I state that I have read (or it has been read to me) and I understand this consent and I understand the information contained in it. I have had the opportunity to ask any questions about the treatment including risks or alternatives and acknowledge that all my questions about the procedure have been answered in a satisfactory manner and that all blanks were filled in prior to my signature and I had the right to refuse the treatment. **THIS CONSENT FORM IS VALID UNTIL ALL OR PART IS REVOKED BY ME IN WRITING.** When completing the medical questionnaire, I have answered the personal medical history questions fully and to the best of my ability.

Patient's Name and Signature:



Date: ... / ... / ....

أقهم أن نتائج هذا العلاج قد تتفاوت من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية.

وأقهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من بعد جلسة العلاج الأولى قد أحتاج حتى ٦ جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

أقر بأن هذا الإجراء الطبي و آثاره الجانبية و بدائله الممكنة و منافعه و مضاره قد شرحت لي بشكل كامل.

و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المضاعفات و طبيعتها بدقة. و بالتالي، لا توجد أي ضمانات واضحة أو ضمنية لنجاح هذا العلاج أو أي نتائج أخرى.

أدرك أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجاً دائماً لأن التراجع الطبيعي سوف يحدث مع الوقت.

أقرض الدكتور .....

من مركز أوركيد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لإعادة النضارة. و أن هذا الإقرار و التفويض سوف يكون صالحاً حتى ل

٦ جلسات قادمة.

و أنني قد أحتاج لتوقيع أقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الإقرار بالكامل (أو قد تمت قرأته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و أنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الإخطار و الأعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له.

و أن جميع أسئلتي قد أجيب بشكل كامل و وافي و أن جميع الأجابات التي ضمنيتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملأها قبل

توقيعي أدناه و أنه كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و أنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الإخطار و الأعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له.

و أن جميع أسئلتي قد أجيب بشكل كامل و وافي و أن جميع الأجابات التي ضمنيتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملأها قبل

توقيعي أدناه و أنه كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و أنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الإخطار و الأعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له.

و أن جميع أسئلتي قد أجيب بشكل كامل و وافي و أن جميع الأجابات التي ضمنيتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملأها قبل

توقيعي أدناه و أنه كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و أنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الإخطار و الأعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له.

و أن جميع أسئلتي قد أجيب بشكل كامل و وافي و أن جميع الأجابات التي ضمنيتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملأها قبل

توقيعي أدناه و أنه كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و أنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الإخطار و الأعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له.

و أن جميع أسئلتي قد أجيب بشكل كامل و وافي و أن جميع الأجابات التي ضمنيتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملأها قبل

توقيعي أدناه و أنه كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و أنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الإخطار و الأعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له.

و أن جميع أسئلتي قد أجيب بشكل كامل و وافي و أن جميع الأجابات التي ضمنيتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملأها قبل

توقيعي أدناه و أنه كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و أنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الإخطار و الأعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له.

و أن جميع أسئلتي قد أجيب بشكل كامل و وافي و أن جميع الأجابات التي ضمنيتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملأها قبل

توقيعي أدناه و أنه كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و أنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الإخطار و الأعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له.

و أن جميع أسئلتي قد أجيب بشكل كامل و وافي و أن جميع الأجابات التي ضمنيتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملأها قبل

توقيعي أدناه و أنه كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و أنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الإخطار و الأعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له.

و أن جميع أسئلتي قد أجيب بشكل كامل و وافي و أن جميع الأجابات التي ضمنيتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملأها قبل

توقيعي أدناه و أنه كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و أنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الإخطار و الأعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له.

و أن جميع أسئلتي قد أجيب بشكل كامل و وافي و أن جميع الأجابات التي ضمنيتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملأها قبل

توقيعي أدناه و أنه كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و أنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الإخطار و الأعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له.

و أن جميع أسئلتي قد أجيب بشكل كامل و وافي و أن جميع الأجابات التي ضمنيتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملأها قبل

توقيعي أدناه و أنه كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و أنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الإخطار و الأعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له.

و أن جميع أسئلتي قد أجيب بشكل كامل و وافي و أن جميع الأجابات التي ضمنيتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملأها قبل

توقيعي أدناه و أنه كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و أنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الإخطار و الأعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له.

و أن جميع أسئلتي قد أجيب بشكل كامل و وافي و أن جميع الأجابات التي ضمنيتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملأها قبل

توقيعي أدناه و أنه كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و أنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الإخطار و الأعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له.

و أن جميع أسئلتي قد أجيب بشكل كامل و وافي و أن جميع الأجابات التي ضمنيتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملأها قبل

توقيعي أدناه و أنه كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.

و أنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الإخطار و الأعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له.

## ورقة الموافقة على البوتكس

التاريخ: \_\_\_\_\_

أنا السيد/السيدة \_\_\_\_\_ أؤكد بأنه تم شرح لنا كيفية العلاج باستخدام البوتكس وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه كحال جميع الادوية البوتكس قد يحتوي على آثار جانبية. هذه الردود العكسية قد تكون متعلقة بالعلاج، إما بسبب المنتج أو الفرد، لكن بشكل عام هذه المضاعفات قد تحدث في الأيام الأولى التي تتبع يوم الحقن وتكون بشكل مؤقت. معظم الحالات التي تم تسجيلها تكون بدرجة معتدلة إلى خفيفة. كما هو متوقعة بعد الحقن سوف يكون هناك شعور بالألم وحرق ونبس وتورم وورراق.

من الآثار الجانبية الشائعة التي من الممكن حدوثها: صداع، زغلة، احمرار، تراخي بعضلات الوجه وألم في الوجه.  
من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، تمييل، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاء، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالعضلات، أعراض الانفلونزا، ضعف وحرارة.

الآثار الجانبية التالية قد تكون نادرة: حكة، طفح جلدي، قشعريرة، أنواع مختلفة من الطفح الجلدي الأحمر، حساسية قوية (تورم وتحديدا في الوجه والمجرى الهوائي مما يسبب صعوبة بالتنفس)، هبوط الحاجب أو الجفن، سماع طنين بالأذن وقلة السمع، حساسية في صعوبة البلع والتنفس والكلام.

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 4 إلى 6 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح. إنني أفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا أفهم ان المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج، ولن يتم التعرف على هويتي من الصور أو الوصف المرفق  
نعم  
لا

التوقيع: \_\_\_\_\_

اسم المريض: نادية حسن

التوقيع: \_\_\_\_\_

اسم المعالج: د. نادر ديب