

نموذج موافقة مستنيرة **لإذابة الدهون**

|  |  |
| --- | --- |
| الاسم بالكامل | الرقم التعريفي للعميل ( يملأه فريق العمل) |
|  |  |

أفوض أنا بهذا الطبيب ------- لإجراء حقن إذابة الدهون وأى وسائل أخرى قد يراها ضرورية من وجهة نظره.

وأتفهم أن هذا الإجراء يتضمن حقن الكثير من الإبر الصغيرة حول المنطقة المراد علاجها، وأفهم انه يتطلب أكثر من علاج واحد وتناقشت في النقاط الآتية:

# الفوائد المحتملة من الإجراءات المقترحة

(تتضمن، وليست مقتصرة على: تقليل الدهون وتحسين الجلد في المنطقة المراد علاجها)

* لا توجد فترة توقف، ولكن قد يعانى بعض المرضى من تورم وكدمات وألم واحمرار وتصلب بعض المناطق الذي غالباً يلين مع الوقت
* احتمالية النجاح. يقترح التطور الإكلينكى للعلاج بالحقن لإذابة الدهون أن معظم العملاء يحققون هدفهم في المنطقة المراد علاجها بعد4 إلى 6 جلسات. ولكن قد تحتاج نسبة صغيرة من العملاء إلى عدد جلسات أكبر من المتوسط. ويقترح اتباع إرشادات معينة من الطبيب, وأحيانا إدخال بعض الإجراءات الأخرى، وذلك للحصول على نتائج أسرع وأفضل.

وأنا على دراية باحتمالية حدوث الآتى مع العلاج بالحقن لإذابة الدهون:

# المخاطر:

قد يحدث ألم بسيط أثناء العلاج لإذابة الدهون بسبب الحقن، وتسبب بعض الأدوية إحساس بالحرقان على المنطقة المصابة، وربما يحدث كدمات واحمرار وتورم والتهابات وعدوى: قد تحدث كدمات ف المنطقة المعالَجة. كما أنه ربما يُلاحظ تورم خاصة بعد علاج الانتفاخات. وأخيراً قد تحدث عدوى بالجلد، بالرغم من ندرتها الشديدة، وذلك عند القيام بإجراء فيه. يمكن حدوث تورم واحمرار عند بدء مفعول الأدوية.

وأقر أننى أُخبرت بالكامل عن طبيعة الإجراء والهدف منه، والنتائج المتوقعة والمخاطر المحتملة. وأستوعب أن تأثير العلاج فردي ويختلف باختلاف المنطقة المعالَجة ونوع الجلد واستخدام التقنيات والمنتجات المختلفة.

وأعي أنه لا ضمان للنتيجة النهائية المرغوبة. وأؤكد أننى لست حامل ولا أرضع ولا أعاني من أى حالات مرضية أخرى. وأنا على دراية كاملة بأن حالتى نابعة من اهتمام بالناحية التجميلية وقراري لإجراء هذا العلاج نابع فقط من رغبتى في ذلك.

وأفهم وأعترف أنه لا يمكن استرداد مبلغ هذا الإجراء.

وبتوقيعي بالأسفل، أقر أنني قرأت واستوعبت بالكامل محتوى نموذج الموافقة المستنيرة هذا لإجراء إذابة الدهون ووُضح لي كل ما يتضمنه.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| توقيع المرض  (ولي الأمر إذا كان المريض أقل من 18 عاما) | التاريخ | اسم المساعد وتوقيعه | اسم الطبيب وتوقيعه |
|  |  |  |  |

**لا تتردد فى زيارتنا أو التواصل معنا عبر التليفون أو الإيميل**

عيادة استيلازا، شركة ذات مسئولية محدودة، دبي، واحة السيليكون، مبنى واحة نبراس2، صندوق البريد 10183،

رقم التليفون: 971 4 326 9666+

إيميل: [support@estelaza.com](mailto:دعم%20estelaza.com@)