

موافقة العلاج بالميزو (MESOTHERAPY)

YOGITA BAI DILEEP KUMAR :

المريض

أفهم أنه يمكن استخدام الميزوثيرابي للعديد من الحالات وأريد العلاج لما يلي: أفهم أن هناك بعض المخاطر في أي إجراء. نادرًا ما تكون مضاعفات الميزوثيرابي محدودة ذاتيًا ، ولكنها تشمل ما يلي ؛ أنا ، أوافق طواعية على الخضوع لعلاج الميزو الذي يقدمه أو الأطباء والمرضات المرخصين أو الموظفين المؤهلين العاملين في هذه الممارسة.

1. تخفيض الدهون الموضعي - المنطقة / المناطق
2. علاج السيلوليت - المنطقة / المناطق
3. الميزوليفت - المنطقة / المناطق
4. MesoGlow - المنطقة / المناطق
5. الميزوثيرابي للألم - المنطقة / المناطق

أوافق بموجب هذا على علاج الميزوثيرابي الذي أفهم أنه يلزم أكثر من علاج واحد (1). أفهم أن العلاج يتطلب العديد من الحقن الصغيرة حولها ليتم علاجها. أفهم أنه يمكن استخدام التخدير الموضعي إذا لزم الأمر.

أفهم أن فوائد الميزوثيرابي ستختلف ولكن قد تشمل: انخفاض السيلوليت ، زيادة لون البشرة ، انخفاض التجاعيد وقد يزيل أو ينقص الألم. أفهم أن هناك علاجًا بديلًا متاحًا لتقليل الدهون والتجاعيد والسيلوليت والألم. فيما يلي قائمة بالعلاج البديل متاح ، ومع ذلك ، لا تعتبر هذه القائمة بأي حال من الأحوال شاملة لجميع العلاجات الأخرى المتاحة.

- شد الوجه - تقشير الجلد - قشور الوجه - شفط الدهون - طب الجلد - المعالجة الأولية - علاج الألم - كتل الأعصاب - حقن الكورتيزون.

1. الانزعاج: يتم حقن الدواء بإبر صغيرة أسفل الجلد. قد يكون هناك القليل من الانزعاج البسيط من الحقن.
2. الكدمات: في بعض الأحيان قد تثقب الإبرة وعاء دموي صغير مما يؤدي إلى كدمة.
3. التورم والاحمرار: قد ينتج عن ذلك اتباع الإجراء عندما يبدأ الدواء في العمل.
4. التندب: قد ينتج تندب من حقن متعددة ، ولكن هذا غير مرجح.
5. رد الفعل التحسسي: على الرغم من أنه نادر للغاية ، هناك احتمال وجود رد فعل تحسسي لحقن دواء الميزوثيرابي.
6. العدوى: بما أن علاج الميزوثيرابي ينطوي على الحقن ، فهناك خطر نظري للإصابة بالعدوى في موقع الحقن. هذا نادر أيضًا.
7. تغير اللون: تحدث تغيرات تصبغ الجلد العابرة أو الدائمة في بعض الأحيان في مواقع الحقن

من خلال توقيعي ، أقر بأنه تم إبلاغي بالإجراء المذكور أعلاه والأدوية وأعطي الموافقة على استخدامه في علاجي.

1. . قابلت الطبيب الذي يشرف على علاجي وناقشت جميع خيارات العلاج المتاحة لي.
2. لقد أبلغني الطبيب ، وأنا أفهم أن نتيجة الميزوثيرابي فردية وتختلف حسب المنطقة المعالجة ونوع الجلد وتقنية الحقن واستخدام منتجات مختلفة. لذلك ، لا يمكن ضمان نتائج العلاج
3. أفهم أن آثار العلاج بهذه المنتجات يمكن أن تستمر في المتوسط ، 3 أشهر أو أكثر مع العلاج الكامل ، ولكن في بعض الحالات يمكن أن تكون مدة الآثار أقصر أو أطول. قد تكون هناك حاجة إلى علاجات المتابعة والمتابعة للحفاظ على درجة الرغبة في علاجي.
4. أوافق على أن هذا يشكل إفشاءً كاملاً ، وهو ما يحل محل أي إفشاءات لفظية أو مكتوبة سابقة
5. أفهم أن هذا العلاج مخصص تمامًا لأغراض التجميل ولن يغطيه التأمين.
6. أفهم أنني مسؤول عن جميع التكاليف المستحقة الدفع في وقت الخدمة.

من خلال توقيعي ، أقر بأنني قد قرأت وفهمت تمامًا الموافقة على هذا النموذج وتم الإفصاح عن المعلومات الواردة أعلاه لي.

اسم المريض: YOGITA BAI DILEEP KUMAR

توقيع المريض:

اسم الشاهد:

توقيع الشاهد:

أنا ، الأخصائي الطبي الموقع أدناه ، أشهد بموجب هذا أنني قد راجعت الموافقة على العلاج مع المريض المحدد (بما في ذلك مخاطر وبدائل العلاج) وأعطيت المريض الفرصة لطرح الأسئلة فيما يتعلق بعلاجه ، بما في ذلك فرصة التواصل مع الطبيب.

DOCTOR NAME: SANDIA

DATE: 04-Dec-2023