

Patient's Handbook

CHAPTER 13 - INFORMED CONSENT

CHIN AUGMENTATION

INSTRUCTIONS

This is an informed-consent document that has been prepared to help inform you of chin augmentation surgery, its risks, as well as alternative treatments.

It is important that you read this information carefully and completely. Please initial each page, indicating that you have read the page and sign the consent for surgery as proposed by your plastic surgeon.

ALTERNATIVE TREATMENTS

Alternative forms of management consist of not undergoing the chin augmentation operation.

RISKS of CHIN AUGMENTATION SURGERY

Every surgical procedure involves a certain amount of risk and it is important that you understand the risks involved with chin augmentation. An individual's choice to undergo a surgical procedure is based on the comparison of the risk to potential benefit. Although the majority of patients do not experience the following complications, you should discuss each of them with your plastic surgeon to make sure you understand all possible consequences of chin augmentation.

Bleeding- It is possible, though unusual, to experience a bleeding episode during or after surgery. Should post-operative bleeding occur, it may require emergency treatment to drain accumulated blood (hematoma). Do not take any aspirin or anti-inflammatory medications for ten days before surgery, as this may increase the risk of bleeding. Non-prescription "herbs" and dietary supplements can increase the risk of surgical bleeding. Accumulations of blood under the skin may delay healing and cause scarring.

Infection- Should an infection occur, treatment including antibiotics or additional surgery may be necessary.

Change in skin sensation- Diminished (or loss) of skin sensation in the ear area may not totally resolve after chin augmentation surgery.

موافقة بالعلم - الفصل الثالث عشر - دليل المريض

تكبير الذقن

تعليمات:

هذه وثيقة بالموافقة بالعلم وقد تم إعدادها لمساعدة طبيب التجميل الخاص بك ليطلعك عن جراحة جفون لعين ومخاطرها والعلاج البديل.

من المهم ان تقرأ هذه المعلومات كاملة وبناية يرجى التوقيع على كل صفحة لبيان أنك قد قرأت هذه الصفحة وأنت توقع بالموافقة على الجراحة كما أوضحها لك طبيبك الجراح.

وسائل علاجية بديله

الوسائل العلاجية البديله لا تشمل تكبير الذقن عن طريق عمليه جراحية .

مخاطر تكبير الذقن

تتضمن كل جراحة نسبة معينة من المخاطر، ومن المهم أن تتفهم هذه المخاطر. فعند اختيار الشخص القيام بإجراء جراحي أن يقارن ما بين هذه المخاطر والفوائد الممكن الحصول عليها. وعلى الرغم من أن معظم المرضى لا تحدث لهم هذه المضاعفات، إلا أنه يجب عليك مناقشة كل واحد منها مع الطبيب الجراح الخاص بك للتأكد من أنك تتفهم هذه المخاطر والمضاعفات المحتملة وما يترتب على جراحة تكبير الذقن.

النزيف — من الممكن رغم انه لا يحدث عادة ،حدوث حاله من النزيف او بعد الجراحه ، في حاله حدوث نزيف بعد العمليه قد يتطلب الامر الى علاج طارق لتصريف الدم المتجمع (تجمعات دمويه) لا تأخذ اى نوع من انواع الاسبرين او اى علاج مضاد للالتهاب لمدته 10 ايام قبل الجراحه ،حيث ان ذلك قد يسبب بدرجه كبيره مخاطر النزيف .يمكن ان تسبب الاعشاب غير الموصوفه والمكملات الغذائيه في زياده مخاطر نزيف الجراحه .تجمع الدم تحت الجلد قد يؤخر الشفاء ويسبب ندب .
الاصابه — من النادر حدوث اصابه بعد الجراحه .في حاله حدوث اصابه ،قد يكو من الضروري اجراء علاجى اضافى يشمل المضادات الحيويه .

التغير فى الاحساس بالجلد — قد لا يشفى تماما الاحساس الضعيف (فقدان الاحساس) بالجلد فى منطقه الاذن بعد جراحه تكبير الذقن .
قد تحدث تغيرات غير منتظمه — وانبعاج فى ملامح الجلد بعد الجراحه .

التخدير الجراحى — يصاحب كل من التخدير الكلى والموضعى مخاطر ، هناك احتمال حدوث مضاعفات ،اصابه، وحتى الموت من جميع اشكال التخدير الجراحى او المهدئات .
تاخر الشفاء — من المحتمل حدوث اى خلل او تاخر فى شفاء الجروح .

حساسيه ردود الافعال فى حالات نادره تحدث حساسيه موضعيه للاشريط ،لمواد الخياطه ،او مستحضرات السطحيه .وقد تحدث ردود افعال من اجهزه الجسم وهذا هو الخطر الاكبر ،بسبب الادويه اثناء الجراحه والادويه الموصوفه .قد تتطلب ردود الافعال للحساسيه مزيد من العلاج .

الالام — قابليه الحدوث جدا ،الالام المزمه قد تكون قليله الحدوث .
الخيطات العميقه — الاساليب الجراحية تستخدم خيطات عميقه غير قابليه للامتصاص .قد يلاحظ ذلك بعد الجراحه .قد تحدث هذه الخيطات وخذات فى الجلد مرئيه ،او تسبب هياج يتطلب ازاله .

نتائج غير مرضيه — قد تصاب بخيبه الامل بسبب نتائج الجراحه .وعلى الرغم من قلّه حدوث ذلك ،فمن الضروري اجراء جراحه اضافيه لتحسين النتائج .

Skin contour irregularities- Contour irregularities and depressions may occur after the procedure.

Surgical anesthesia- Both local and general anesthesia involves risk. There is the possibility of complications, injury, and even death from all forms of surgical anesthesia or sedation.

Delayed healing- Wound disruption or delayed wound healing is possible.

Allergic reactions- In rare cases, local allergies to tape, suture material, or topical preparations have been reported. Systemic reactions which are more serious may result from drugs used during surgery and prescription medicines. Allergic reactions may require additional treatment.

Pain- Very infrequently, chronic pain may occur.

Deeper sutures- Some surgical techniques use deep non-absorbable sutures. These items may be noticed by the patient following surgery. Sutures may spontaneously poke through the skin, be visible, or produce irritation that requires removal.

Unsatisfactory result- You may be disappointed with the results of surgery. Infrequently, it is necessary to perform additional surgery to improve your results.

ADDITIONAL SURGERY NECESSARY

Should complications occur, additional surgery or other treatments may be necessary. Even though risks and complications occur infrequently, the risks cited are particularly associated with chin augmentation. Other complications and risks can occur but are even more uncommon. The practice of medicine and surgery is not an exact science. Although good results are expected, there is no guarantee or warranty expressed or implied on the results that may be obtained.

HEALTH INSURANCE

Most health insurance companies exclude coverage for procedures such as chin augmentation or any complications that might occur from surgery. Please carefully review your health insurance subscriber-information pamphlet.

FINANCIAL RESPONSIBILITIES

جراحة اضافية ضرورية .

في حالة حدوث هذه المضاعفات قد تكون هناك ضرورة لمزيد من العلاج أو جراحة أخرى .لم يتوصل العلم الى كل المعلومات المتعلقة بالادوية والجراحة .على الرغم من توقع نتائج جيدة فلا يوجد ضمان صريح أو غير صريح حول النتائج المتوقعة .

التأمين على الصحة

معظم شركات التأمين تستبعد تغطية العمليات الجراحية التجميلية مثل جراحة تكبير الذقن أو أى مضاعفات قد تحدث بعد الجراحة يرجى المراجعة الدقيقة لكتيب المعلومات الخاص بالتأمين على صحتك .

المسئولية المالية

تضمن نفقات الجراحة عدة بنود مقابل الخدمات المقدمة .يحدد طبيبك اجمالي النفقات وتكلفة مواد الجراحة والتخدير وإذا كان هناك مصاريف خارج المستشفى وذلك يتوقف على مكان اجراء الجراحة .سواء كانت نفقات الجراحة معطاة من قبل التأمين فتكون انت مسئول عن استكمال النفقات الضرورية والمستقطعات من قبل التأمين والمصاريف التي لم يعطيها التأمين .قد تكون هناك نفقات اضافية في حالة حدوث مضاعفات بسبب الجراحة تقع ايضاً عليك مسئولية سداد نفقات جراحة ثانوية أو جراحة يوم واحد في المستشفى بالإضافة الى الجراحة الاصلية

توقيع المريض

تحديد الحقوق القانونية

تستخدم المستندات الخاصة بالموافقة والعلم في تصيل المعلومات المتعلقة بالجراحة المقترحة وعلاج الامراض او الحالات وكذلك توضيح المخاطر والبدائل بموجب مستندات العلاج . توضح المستندات الخاصة بالموافقة والعلم المخاطر التي يتعرض لها معظم المرضى وتوضح اجتياهم في معظم هذه الظروف .

ومع ذلك ، لا يجب الاخذ في الاعتبار ان هذه المستندات الخاصة بالموافقة والعلم تشمل تحديد كافة وسائل العلاج الأخرى والمخاطر التي تحدث قد يطلعك جراح التجميل الخاص بك على معلومات اضافية او مختلفة حسب حالتك الطبية والمعلومات والحقائق التي تخصك. لا يعتد بالمستندات الخاصة بالموافقة والعلم بها كمستندات لبيان سبل العناية الطبية.

تتوقف سبل العناية الطبية على كل حالة بمفردها وقد تتغير هذه السبل والمعايير لتساير التقدم العلمي والتكنولوجي وتطور ممارسة الاساليب الطبية. نحن نذكرك ان هناك مخاطر تصاحب جميع عمليات جراحة التجميل وان هناك حدود تشمل عدم الرضى عن النتائج.

يجب عليك الموافقة على النتائج المتوقعة لعمليتك الجراحية والنتائج المحتملة يجب عليك مناقشة سبل العلاج البديل وان تتقهم جيداً مخاطر الاجراءات بدقة وان تحصل على اجابات لجميع اسئلتك قبل التوقيع على الموافقة .

The cost of surgery involves several charges for the services provided. The total includes fees charged by your doctor, the cost of surgical supplies, anesthesia and hospital charges, depending on where the surgery is performed. Depending on whether the cost of surgery is covered by an insurance plan, you will be responsible for necessary co-payments, deductibles, and charges not covered. **Additional costs may occur should complications develop from the surgery. Secondary surgery or hospital day-surgery charges involved with reversionary surgery would also be your responsibility.**

Patient's signature

DISCLAIMER

Informed-consent documents are used to communicate information about the proposed surgical treatment of a disease or condition along with disclosure of risks and alternative forms of treatment(s). The informed-consent process attempts to define principles of risk disclosure that should generally meet the needs of most patients in most circumstances.

However, every patient is unique and informed-consent documents should not be considered all inclusive in defining other methods of care and risks encountered when medical care is reasonable and directed at obtaining appropriate results. Your plastic surgeon may provide you with additional or different information which is based on all the facts in your particular case and the state of medical knowledge.

Informed-consent documents are not intended to define or serve as the standard of medical care. Standards of medical care are determined on the basis of all of the facts involved in an individual case and are subject to change as scientific knowledge and technology advance and as practice patterns evolve. **We remind you that all cosmetic surgery carries a risk, has limitations which could includedisappointment with the results.** You should agree about the anticipated outcome of your surgery and concur about your expectations of the results.

You should discuss alternative treatments and thoroughly understand the risk of the procedures. It is important that you read the above information carefully and have all of your questions answered before signing the

الموافقة على الجراحة أو الإجراءات أو العلاج

1- انا افوض بموجب هذا
الدكتور _____ والمساعدين الذين قد يتم
اختيارهم لاداء جراحه تكبير الذقن

2- انى ادرك انه اثناء اجراء الجراحه والعلاج الطبى او التخدير ،قد تكون هناك ضرورة لعمل اجراءات مختلفة عن المنصوص عليها عاليه بسبب ظهور حالات لم تكن متوقعة .ولذلك فأنا افوض الطبيب المذكور عاليه ومساعديه او المعنيين للقيام بمثل هذه الاجراءات التى هى ضمن تخصصه او تخصصها ويراهها او تراها ضرورية . يشمل التفويض المنصوص عليه فى هذه الفقرة كافة الحالات التى تتطلب علاج وليست معروفه لطبيبى فى الوقت الذى يتم فيه هذا الاجراء .

3- اوافق على اجراء التخدير الذى يعتبر ضرورى او ينصح به .انى اتفهم ان جميع اشكال التخدير لها مخاطرها مضاعفتها المحتمله ،والاصابة، احيانا الموت .

4- اقر بأنه لم يتم اعطاء ضمانات حول النتائج التى قد تحدث .

5- اوافق على التخلص من اى انسجة ،ادوات طبية أو اجزاء من الجسم قد يتم ازلتها .

6- اقر بأئنى او من ينوب عنى رسمياً قد اعطى كافة المعلومات صحيحة فى استمارات تاريخ الحالة الطبية للمريض .

7- لقد اوضحت كافة الادوية والمكملات والاعشاب العلاجية التى اتناولها بصفة منتظمة او عارضة الى الطبيب المسئول عن الاجراء .

8- انى اتفهم انه مطلوب منى الامتناع عن تناول الادوية (المنصوص عليها فى الفصل السادس لتجنب....) قبل العملية باسبوعين .وفى حالة تناولى لاي من هذه الادوية او المكملات او الاعشاب العلاجية التى لدى تعليمات يتجنبها ،فانها تكون مسئوليتى باخطار الطبيب .انى اتفهم تماما انه قد يتم تأجيل او تحديد موعد اخر لعمليتى الجراحية قفى حالة عدم التزامى بالامتناع عن الادوية المذكورة .

9- انى اتفهم انها مسئوليتى للحصول على تصريح من الطبيب المعالج قبل التوقف عن تناول الادوية الموصوفة لى يتناولها بانتظام .

10- لقد تسلمت النماذج الاتية :معلومات عن الاجراء، تعليمات ما قبل الجراحة ،الادوية التى يجب تجنبها ،بروتكول (شكليات) ما قبل الجراحة ،التسهيلات الجراحية ،بروتكول (شكليات) يوم العملية وتعليمات ما بعد العملية.

consent.

11- اقر بالموافقة على البنود والشروط المذكورة في كتيب الاجراءات ،
والاتفاقية المالية والموافقة على المستندات والصور الخاصة
بالعيادة.

12- اقر بان الاجراء / العلاج ،الاجراءات البديلة او سبل العلاج ومخاطر
الاجراء قد تم شرحها لي بالطريقة التي افهمها.

CONSENT FOR SURGERY, PROCEDURE or TREATMENT

1. I hereby authorize Dr.

_____ and
such assistants as may be selected to perform CHIN
AUGMENTATION

2. I recognize that during the course of the operation and medical treatment or anesthesia, unforeseen conditions may necessitate different procedures than those above. I therefore authorize the above physician and assistants or designees to perform such other procedures that are in the exercise of his or her professional judgment necessary and desirable. The authority granted under this paragraph shall include all conditions that require treatment and are not known to my physician at the time the procedure is begun.

3. I consent to the administration of such anesthetics considered necessary or advisable. I understand that all forms of anesthesia involve risk and the possibility of complications, injury, and sometimes death.

4. I acknowledge that no guarantee has been given as to the results that may be obtained.

5. I consent to the disposal of any tissue, medical devices or body parts which may be removed.

6. I acknowledge that I or my duly authorized representative filled up the Patient Medical History and all information given is true.

7. I have disclosed all of the medications, supplements and herbal remedies I take on a regular or incidental basis to the doctor.

8. I understand that I am required to refrain from taking the Medications to Avoid (Chapter 6) 2 weeks prior to surgery. Should I take any of the medications, supplements or herbal remedies I am instructed to avoid, it is my obligation to notify the doctor. I fully understand that my surgery may have to be rescheduled or postponed in the event that I have not complied with these medication restrictions listed.

9. I understand that it is my responsibility to obtain clearance from the prescribing physician before I stop taking any of my regularly prescribed medications.

10. I have received the following forms: Information on the Procedure, Instructions Prior to Surgery, Medications to Avoid, Pre-operative Protocol, Surgical Facility, Operation Day Protocol and Post-operative Instructions.

وافق على العلاج والاجراء والبنود المذكورة عالياه (1-12).
رقم الملف تاريخ

اسم المريض كاملاً	توقيع المريض
شاهد	تاريخ
التوقيع على الاسم المطبوع	تاريخ
الدكتور	تاريخ
التوقيع على الاسم المطبوع	

11. I acknowledge that I agree to the terms and conditions listed in the Booking Procedure, Financial Agreement and Consent for Clinical Photographs and Documents.

12. I consent that the procedure/treatment, alternative procedures or methods of treatment and risks to the procedure has been explained to me in the way that I understand.

I hereby sign that I read & understand all the consent form.

I CONSENT TO THE TREATMENT OR PROCEDURE AND THE ABOVE LISTED ITEMS (1-12).

File Number: _____ Date: _____

Patient's Full Name: _____

Patient's Signature: _____

Witness: _____

Date: _____

DR. _____

Date: _____

Signature over Printed Name

Signature over Printed Name

DR. _____

Date: _____

Signature over Printed Name