



OUTPATIENT ASSESSMENT FORM

DATE: 1-2 OCT 2024 TIME: 18:00

File No: 039777.

Name: Abdulla Almana Sex: Male Nationality: P Age: 22

Occupation: LCB Marital Status: Single

QID. No: 30163405523 Husband's / Wife's Name:

Address: Al Fayar Mobile No: 77078088 Residence Phone:

Pulse	BP	Temperature	Respiratory Rate:	Weight Height	Pain Score	Head Circum (Pedia)	Nurse ID/Signature

Presenting complain and duration :

c/o - scaly whitish patches above 3m
13 OCT 2024

History of Present Illness :

Condition started 3 months ago & whitish patches scaly, mildly itchy above nuchal & n. l. limbs extension & flexion aspects & fine scaly. Some holed & hyperkeratosis.

Allergies: ☐ Medication ☒ No ☐ Yes ☐ Food ☒ No ☐ Yes

Others If Yes, Specify:

Past History (Medical / Surgical / Psychological): ☒ No ☒ Yes If Yes Specify

Allergic rhinitis

Review Of Systems: ☒ Not Significant ☐ Significant Specify:Family History: ☐ No ☐ Yes If Yes Specify

Alopic dematosis, allergic bronchitis & sinusitis.

Current Medications: ☐ No ☒ Yes If Yes Specify

1. Emollients 4. 7.

2. 5. 8.

[illegible]



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة المعالج لي لمقابلي وأجراء الكشف علي والقيام بتشخيصي ومعالجتي بالأدوية أو العقاقير أو عمليات إن إحتاج الأمر ، وأنا أدرك أن من مسؤوليتي الحضور في الوقت المحدد لمواعيدي واتباع أوامر الطبيب المعالج لي كما أدرك بأنني لدي الحق في طلب رأي ثاني لو لم أكن راضيا / راضية عن الرعاية المقدمة لي.

وأوافق على أي اجراء فحص طبي إن طلب مني من أجل تقديم رعاية طبية صحيحة.

وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: بسم الله سحوة العانع

12 OCT 2024

التاريخ:

ملف رقم: 039 778

AA

التوقيع:

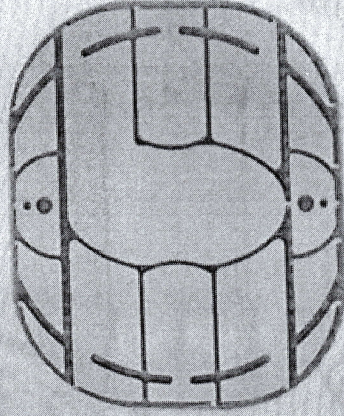


State of Qatar

ID. Card



دولة قطر
قطة إثبات شخصية



ID. No: 30163405523 الرقم:

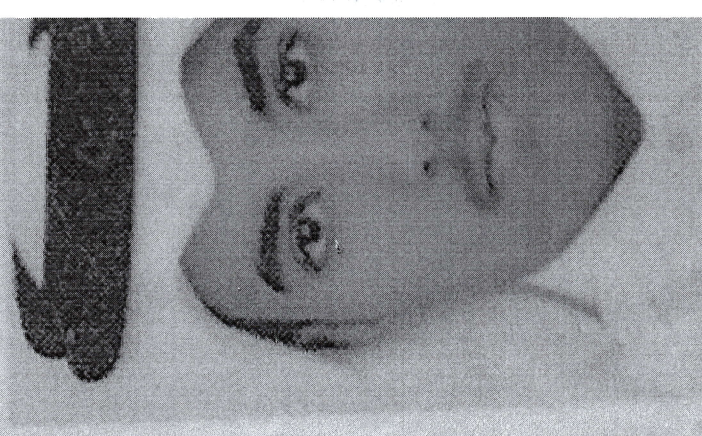
D.O.B. 11/12/2001 تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR / قطري الجنسية:

Date of expiry:

26/12/2030 الصلاحية:



عبدالله سعود عمر حمد المانع

ABDULLA SAOUD O H AL-MANA