



OUTPATIENT ASSESSMENT FORM

DATE: 12 OCT 2024 TIME: 19:30

File No: 039778

Name: Abdelmohsin Alkhalbi Male Sex: Male Nationality: Q Age: 28

Occupation: LCB Marital Status:

QID. No: 20863400087 Husband's / Wife's Name: Khouloud Khalid Alkhalbi

Address: Al Rayan Mobile No: 303222 Residence Phone:

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

Presenting complain and duration :

% of pt. sent to check up for
considered infection for his wife

History of Present Illness :

Mild burning and redness

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

Others If Yes, Specify:

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

Concomitant at age 17/2/5 around R.

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

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8.

[illegible]

Name : Abdulmuhsin Alkholeli
Lab. No. : 332459114
Contract. : Dr. Layla Bashir
Patient No. : 2160-039778
File No. :

Sample Date : 12/10/2024 21:57 PM
Report Date : 13/10/2024 10:08 AM

this sample was collected outside lab

Branch : Qatar Waab Age : 27 Year Sex : Male

Infectious Immunology unit

Test	Result	Unit	Ref. Range
Chlamydia (IgG)	Negative 4.5	U/ml	Negative <20 Borderline 20-25 Positive >25

Comments

This test is done by Alegria Analyzer (Automated ELISA Machine).

Reviewed By:

Dr. Hisham El-Banawy
Anatomical & Clinical Pathology
License No. 3403

Dr. Hisham El Banawy
Consultant

GULF LABORATORY & RADIOLOGY

Laboratory Tests | CT Scan | MRI | Ultrasound | X-Ray

Laboratory complies with external Q. C. program (EQAS - USA & RIQAS - UK)



مختبر وأشعة الخليج

تحاليل طبية | الأشعة المقطعية | الرنين المغناطيسي | موجات صوتية | أشعة
المختبر يطبق معايير الجودة الدولية الأمريكية والبريطانية

Patient Name : ABDULMOHSIN AOHAIR A A AL-KHALDI
File No : 2593011
Visit No : ALZ221939
Consultant : Dr. Adil Hamid Hassan Bashir

Age : 26 Year(s) 9 Month(s) 3 Day(s)
Gender : Male
QID : 29863400087
Sample Date : 12/10/2024 08:53:29 PM

Culture Identification & Antibiotic Sensitivity

Origin of Specimen : Seminal Fluid
Examination Requested : Culture & Sensitivity
Wet Mount Preparation : WBC: 1 - 3 / HPF
RBCs: 0 - 2 / HPF
Bacteria: (+)
Culture : Moderate growth of Streptococcus agalactiae
Gram Stain : Gram positive cocci in pairs and chains.

SENSITIVITY

Sensitive

Amoxicillin+Clavulanic acid
Ampicillin
Ampicillin + Sulbactam
Amoxicillin
Ceftriaxone
Cefotaxime
Cefepime
Cefazolin
Levofloxacin
Moxifloxacin
Penicillin
Rifampicin
Vancomycin
Linezolid

Resistant

Clindamycin
Clarithromycin
Erythromycin
Tetracycline

Result Date/Time : 16/10/2024 09:20:03 AM
Lab Tech : GINA FERRER GANA

This electronic copy of your tests result has been finalized by the laboratory director. The original signed copy is available at the laboratory.

Al Kinana St. - Al Nasr

Tel.: +974 4442 0900

Fax.: +974 4442 1900



شارع الكنانة - النصر

هاتف: +٩٧٤ ٤٤٤٢ ٠٩٠٠

الفاكس: +٩٧٤ ٤٤٤٢ ٠٩٠٠

Al Maadeed St. - Al Mamoura

Tel.: +974 4416 0222

Fax: +974 4416 0333



شارع المعاضيد - المعمورة

هاتف: +٩٧٤ ٤٤١٦ ٠٢٢٢

الفاكس: +٩٧٤ ٤٤١٦ ٠٣٣٣

Al Aziziya- Al Waab St.

Tel.: +974 4450 0074

Fax: +974 4460 3040



شارع الوعب، العزيزية

+٩٧٤ ٤٤٥٠ ٠٠٧٤

+٩٧٤ ٤٤٦٠ ٣٠٤٠



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية المعالج لي لمقابلتي 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: عبد الوحي حسن الحادي

التاريخ: 12 - 10 - 24

ملف رقم: 039778



التوقيع: [Signature]

State of Qatar
ID. Card
دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية

ID. No: 29863400087 الرقم:
D.O.B: 09/01/1998 تاريخ الميلاد:
Nationality: QATAR / قطري الجنسية:
Date of expiry: 20/02/2027 الصلاحية:
الإسم: عبدالمحسن اوحير عاصي عبدالمحسن الخالدي
Name: ABDULMOHSIN AOHAIR A A AL-KHALDI

منطقة 53 - شارع 543 - مبنى 16 العنوان:
Serial No: 407724072A316297 الرقم المستسل:
مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر Authority's signature
توقيع حامل البطاقة Holder's signature

Barcode and official seal.