



OUTPATIENT ASSESSMENT FORM

DATE: 06 AUG 2024 TIME: 16:00

File No: 039335

Name: Ali Mohamed ALmarri Sex: Male Nationality: Age: 5 Ys

Occupation: LCB Marital Status: child

QID. No: 31963403366 Husband's / Wife's Name: -

Address: M. Waiteh Mobile No: 7060977 Residence Phone: -

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

Presenting complain and duration : -

Pembu, skin colored smelly at Rt Foot.

History of Present Illness : -

pembu pembu lesion, dry felled

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

Others If Yes, Specify: -

Past History (Medical / Surgical / Psychological): ☐ No ☐ Yes If Yes Specify -Review Of Systems: ☒ Not Significant ☐ Significant Specify: -Family History: ☒ No ☐ Yes If Yes Specify -Current Medications: ☒ No ☐ Yes If Yes Specify

1. 4. 7.

2. 5. 8.



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة 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: علي محمد سعيد البويهي المكي

06 AUG 2024

التاريخ:

ملف رقم:

التوقيع:



H.C. No. : **HC05693329**

البطاقة الصحية
Health Card

الإسم: **علي محمد سعيد المري**
Name: **ALI MOHAMMED S A AL-MARRI**
تاريخ الميلاد: **1/5/2019**
Date of Birth:
الجنسية: **قطري**
Nationality: **Qatari**
الرقم الشخصي: **31963403366**
ID No:

IF YOU

HC05693329 HC Exp: 19/01/2026

ALI MOHAMMED SAEED AL-MARRI

Nationality: Qatari
DOB: 01/05/2019 Gender: Male
ED Reg Date: 17/12/2021 00:37

BLOOD GROUP: HEALTH CENT: 52

تاريخ الاصدار
19/1/2021

PHC :
Location : 535748RNN

IF YOU

L CORPORATION

الأعراض المرضية

ILURE
& COPD
LERGY
IPPRESSED

QR Code



وصفة طبية Prescription

No.

Date: 06-08-24 التاريخ:

Patient's name: Ali Mohamed Al marm : إسم المريض

File No.: 039335 : رقم الملف

Age: 5 years :العمر

Rx

R f uadun 2! cream

$r \cup, \ell \cup$ bd

Doctor's signature: