



OUTPATIENT ASSESSMENT FORM

DATE: 31 JUL 2024 TIME: 15:37

File No: 039300

Name: Aljazi Ali Almarri Sex: Female Nationality: Qatar Age: 25
 Occupation: LCB Marital Status: Single
 QID. No: 29863404222 Husband's / Wife's Name:
 Address: Al Silya Mobile No: 33423899 Residence Phone:

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

Presenting complain and duration :

total body hair removal

History of Present Illness :

nil

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

Others If Yes, Specify:

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

1. 4. 7.

2. 5. 8.

DATE	FOLLOW UP	NEXT VISIT								
31-7-24	NB & F/B HAIR REMOVAL (CANDELA) <table><tr><td>ALEX F: 7</td><td>NDYAG ^{BK} F: 14</td></tr><tr><td>H2: 2.0</td><td>H2: 2.0</td></tr><tr><td>MS: 3</td><td>MS: 5</td></tr><tr><td>CC: 18</td><td>CC: 15</td></tr></table> * THICK HAIR ESPECIALLY LOWER LEGS SKIN POLLS OPENED. * DRY SKIN.	ALEX F: 7	NDYAG ^{BK} F: 14	H2: 2.0	H2: 2.0	MS: 3	MS: 5	CC: 18	CC: 15	
ALEX F: 7	NDYAG ^{BK} F: 14									
H2: 2.0	H2: 2.0									
MS: 3	MS: 5									
CC: 18	CC: 15									
11-8-24	LOWER LEGS & LOWER ARMS, BK, UA HAIR REMOVAL CANDELE (KATUCH) <table><tr><td>ALEX F: 7</td><td>NDYAG F: 14</td></tr><tr><td>H2: 2.0</td><td>H2: 2.0</td></tr><tr><td>MS: 3</td><td>MS: 5</td></tr></table> * EXPLAINED TO THE PT THAT IS NORMAL THE HAIR IS JUST GROWING BUT INSISTED TO DO IT BECAUSE SHE PAID FOR THE RETOUCH.	ALEX F: 7	NDYAG F: 14	H2: 2.0	H2: 2.0	MS: 3	MS: 5			
ALEX F: 7	NDYAG F: 14									
H2: 2.0	H2: 2.0									
MS: 3	MS: 5									

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: الجازي علي الطري

التاريخ: ٢٤ / ٧ / ٢٠١٧

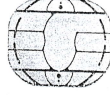
ملف رقم: 039300

التوقيع: الجازي

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29863404222 الرقم:

D.O.B. 19/10/1998 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 01/07/2034 الصلاحية:



الإسم: الجازي على صالح البحيح المري

Name: ALJAZI ALI S A AL-MARRI

منطقة 81 - شارع 319 - مبنى 43

العنوان:

Serial No: 11341408397DA127

الرقم المسلسل:

مدير ادارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

