



OUTPATIENT ASSESSMENT FORM

DATE: 27 AUG 2024 TIME: 13:40

File No: 0394501

Name: Fahad Faraj Sex: male Nationality: Qatar Age: 23 yrs. old
 Occupation: LCB Marital Status: married
 QID. No: 30163405417 Husband's / Wife's Name: Maha Al-makki
 Address: Al Rayyan Mobile No: 3323 2222 Residence Phone:

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

Presenting complain and duration :

Burning sensation at Penis Shev

History of Present Illness :

Condition started one week ago
 after sexual intercourse & after ur.
 She is suffering from vaginal discharge & pregnancy

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

Others If Yes, Specify:

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

Similar condition 3 months ago - received Rx
 & good response

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.

[illegible]



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية 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: *Fahad Faroo Almarri*

التاريخ:

27/07/2024

ملف رقم:

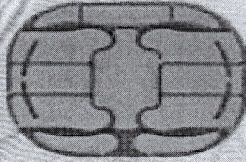
039459

التوقيع :

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30163405417 الرقم:

D.O.B 19/11/2001 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطري الجنسية:

Date of expiry: 15/12/2031 الصلاحية:



الاسم: فهد فرج علي البريص المري

Name: FAHAD FARAJ A A AL-MARRI

العنوان: منطقة 53 - شارع 873 - مبنى 15

Serial No: 4354A30F392D247E

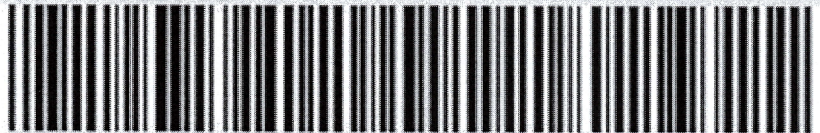
الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر

Authority's signature

توقيع حامل البطاقة

Holder's signature



DR. LEILA H. MEDICAL CENTER W.L.L

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796
Al Salam Street - North Muaither
Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلي حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦
شارع السلام - معيذر الشمالي
فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

Date: 27-08-24 التاريخ:
Patient's name: Fahad Fahaj اسم المريض:
File No.: 039459 رقم الملف:
Age: 23 yrs العمر:

Rx

R 7 Fluconazole 150 mg 108 (2)

١٠٨ ١٥٠ مغ ٧ فلوكونازول

R. Candidasol cream

١٠٨ ١٥٠ مغ ٧ فلوكونازول
١٠٨ ١٥٠ مغ ٧ فلوكونازول
١٠٨ ١٥٠ مغ ٧ فلوكونازول

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com
Mobile: 55868523