



OUTPATIENT ASSESSMENT FORM

DATE: 02 OCT 2024 TIME: 18:21

File No: 039718

Name: Hamad Masoud Sex: male Nationality: Qatari Age: 15 yrs. old

Occupation: LCB Marital Status: single

QID. No: 30963405303 Husband's / Wife's Name: -

Address: al meradh Mobile No: 55433723 Residence Phone: -

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

Presenting complain and duration :

c/o itchy scaly scalp & nail

History of Present Illness :

condition started since childhood & dry skin, scaly, itchy and nail brittling

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

Others If Yes, Specify: -

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

Allergic bronchitis - seasonal

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

His uncle suffering from dry, itchy skin

Current Medications: ☒ No ☐ Yes If Yes Specify -

1. 4. 7.

2. 5. 8.

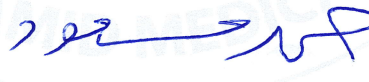
نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجه 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: 

د. عادل حسن بشير

التاريخ: ١٢ / ٤ / ٢٠٢٤



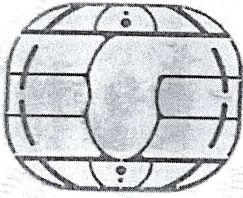
ملف رقم: 039718

التوقيع: 

**State of Qatar
ID. Card**



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: **30963405303**

الرقم:

D.O.B. **09/08/2009**

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/

قطري

الجنسية:

Date of expiry:

30/03/2026

الصلاحية:



الاسم: **حمد مسعود راشد حمد العذبي**

Name: **HAMAD MASOD R H AL-ATHBI**