



OUTPATIENT ASSESSMENT FORM

DATE: 21 JUL 2021 TIME: 17:13

File No: 039250

Name: Hand Sam Sex: F Nationality: P Age: 14

Occupation: LCB Marital Status:

QID. No: 3106340189 Husband's / Wife's Name:

Address: Abu Mathur Mobile No: 66619889 Residence Phone:

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

Presenting complain and duration :

Painful, Redness, swelling at mid face 2 days

History of Present Illness :

Eradher started 2 days ago after tooth shine oil

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	PROCEDURE	SIGNATURE
24-7-2024	follow up	u. AOOO

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:

حصة سعود

التاريخ:

21 JUL 2021

ملف رقم:

637406

التوقيع :

العنوان: منطقة 81 - شارع 327 - مبنى 51
Serial No: 4357A3010B28247E
الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature
توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

51

5

Q

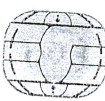


State of Qatar
ID. Card

دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية

الرقم: ID. No: 31063401895
تاريخ الميلاد: D.O.B. 25/04/2010
الجنسية: QATAR / قطريه
الصلاحية: Date of expiry: 30/06/2026

الإسم: حمده سعود محمد علي البحيح
Name: HAMDA SAOUD M A AL-BEHAH



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

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



مركز د. ليلى حامد الطبي ذ.م.م.

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

وصفة طبية Prescription

No

Date: 21-7-24 التاريخ:
Patient's name: HANO SAUD اسم المريض:
File No.: 039250 رقم الملف:
Age: 14 y/o العمر:

Rx

Fucidin H. cream

b.d

1/2 hp

Doctor's signature:

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