



OUTPATIENT ASSESSMENT FORM

DATE: 07 AUG 2024 TIME: 18:24

File No: 039342

Name: Lubna Abbas Sex: Female Nationality: Oman Age: 33 yrs. old
 Occupation: LCB Marital Status: married
 QID. No: 29051206572 Husband's / Wife's Name: Khalid Ebrahim
 Address: Al waab Mobile No: 5016 6982 Residence Phone:

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

Presenting complain and duration :

Hair Loss 2 Yrs

History of Present Illness :

Condition started 2 years ago as thyroid swelling and hair loss which resolved after 5 sessions RRR + Mesotherapy & improvement then relapse again.

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

Others If Yes, Specify :

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

Thyroid swelling (Goitre)

Review 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.

[illegible]

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية 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.

Luha Alreis

اسم المريض / المريضة:

2/8/2024

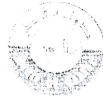
التاريخ:

ملف رقم:

التوقيع :



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة هوية شخصية



ID No 29051200572

DOB 07/10/1990

Nationality OMAN

Date of expiry 08/08/2026



الاسم: لبنى عباس عثمان الرايسي

Name: LUBNA ABBAS O ALRAISI

ملاحظة: 05 - 01 - 2025

Serial No.

الرقم المسلسل

Authority's signature

Authority's signature

