



OUTPATIENT ASSESSMENT FORM

DATE: 11 AUG 2024 TIME: 13:08

File No: 039357

Name: merna fouda Sex: Female Nationality: Egypt Age: 26 yrs. old
Occupation: LCB Marital Status: Single
QID. No: 29781501533 Husband's / Wife's Name: -
Address: najma Mobile No: 70127755 Residence Phone: -

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

Presenting complain and duration : -

Asking for Eyebrows Hair Laser removal
and Lip filler correction

History of Present Illness : -

5 months ago Pt. had bleeding and
reaction on lips & face.

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

Others If Yes, Specify: Lip filler reaction

Past History (Medical / Surgical / Psychological): ☐ No ☐ Yes If Yes Specify -Review Of Systems: ☐ Not Significant ☐ Significant Specify: -Family History: ☐ No ☐ Yes If Yes Specify -Current Medications: ☐ No ☐ Yes If Yes Specify

1. 4. 7.

2. 5. 8.

[illegible]



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجه الطبيب / الطيبة 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: merna pouda

التاريخ: 11 AUG 2024

ملف رقم: 039 357

التوقيع: 

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29781801533 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 27/10/1997 تاريخ الميلاد:
Expiry: 16/09/2026 الصلاحية:
Nationality: EGYPT الجنسية:
Occupation: طالب المهنة:
الاسم: ميرنا محمد احمد محمد فودة
Name: MERNA FOU DA



Passport Number: A23795354 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 08/01/2026 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30729781801533 الرقم الممثل:
Residency Type: عائلية نوع الرخصة:
Employer: محمد احمد محمد فودة المستقدم:
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports توقيع حامل البطاقة
Holder's signature





بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مركز د/ ليلي حامد الطبي

نموذج موافقة على إزالة الشعر

ليزر سبيكترا يقوم بإطلاق دفعة مكثفة من الضوء يتم إمتصاصها بواسطة الجلد أو بصيلات الشعر يرتدي المتواجدون في الغرفة غطاء وقائي للعين لحماية العين من الضرر.

يكون الإحساس بالليزر في المنطقة غير مريح وقد تشعر بشعور يماثل الألم البسيط لوخز الدبوس أو الإحساس بالحرارة والذي قد يستمر لعدة ساعات بعد عملية الليزر قد تصبح المنطقة التي تم علاجها حمراء لعدة ساعات أو عدة أيام (في حالة إزالة الوشم تسمر أو تصبح بنية غامقة).

قد تحدث تقرحات لذا ينبغي التعامل مع هذه المنطقة برفق بعد العلاج وإستعمال الكريم الموصوف من قبل الطبيب يستوجب عدم التعرض للشمس، فرط التصبغ ونقص التصبغ هي من المخاطر والمضاعفات.

لقد قمت بقراءة وفهم جميع المعلومات التي تم توضيحها لي قبل التوقيع على الموافقة فتم توضيح جميع الأسئلة.

Merna Fouda

الإسم:

11 AUG 2024

رقم الملف:

التوقيع:

099357

التاريخ:

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 د.م.م.

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

وصفة طبية Prescription

No

التاريخ: 11 AUG 2024
Date: 11 AUG 2024
إسم المريض: merna Fouda
Patient's name: merna Fouda
رقم الملف: 039357
File No.: 039357
العمر: 26
Age: 26

Rx

L. proculase cica gel

u l, sup b.d

Doctor's signature: _____

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