



OUTPATIENT ASSESSMENT FORM

DATE: 20 AUG 2024 TIME: 18:40

File No: 039415

Name: OMERATIF Sex: Male Nationality: Sudan Age: 2 3/4 Ys

Occupation: LCB Marital Status: Child

QID. No: 322736073 Husband's / Wife's Name:

Address: Muaitheh Mobile No: 55753361 Residence Phone:

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

Presenting complain and duration :

Dryness itchy skin since age 2 months

History of Present Illness :

Cardiac failure & dryness & itchy after birth 2 months on 20/7.

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

Others If Yes, Specify:

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

not relevant

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

His older brother has bronchial asthma

Current Medications: ☐ No ☐ Yes If Yes Specify

1. Encloments 4. 7.

2. 5. 8.



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة 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: **عمر عاصم د.م.م**

التاريخ: **٢٠١١ / ١١ / ٢٠١١**

ملف رقم: **٥٢٩ ٤١٥** **(Hama)**

التوقيع :

Passport Number:

P09615393

Passport Expiry:

19/06/2027

Serial No:

30232273600703

Residency Type:

عائلية

Employer:

هناك محجوب الزين طه

مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



رقم جواز السفر:
تاريخ انتهاء الجواز:
الرقم المسلسل:
نوع الرخصة:
المستقدم:



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No:

32273600703

D.O.B.:

03/05/2022

Expiry:

03/05/2025

Nationality:

سوداني

SUDAN

Occupation:

طفل

الرقم الشخصي:

تاريخ الميلاد:

الصلاحية:

الجنسية:

المهنة:



الاسم: عمر عاطف عوض محمد الكنين
Name: OMER ATIF AWAD MOHAMED ALKNIN

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: 20-8-24 التاريخ:

Patient's name: Omar Ahf اسم المريض:

File No.: 039415 رقم الملف:

Age: 2 years العمر:

Rx

R. Triderm soap

الصابون

R. Triderm cream

المرهم

Doctor's signature:

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