



OUTPATIENT ASSESSMENT FORM

DATE: 14 AUG 2024 TIME: 15:08

File No: 039 379

Name: Rawd Abdul Halim Sex: Female Nationality: Syria Age: 13 yrs. old
 Occupation: LCB Marital Status: single
 QID. No: 311 76 000 221 Husband's / Wife's Name: -
 Address: al rayyan Mobile No: 773 700 27 Residence Phone: -

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

Presenting complain and duration :
 S/o Red pustules at face & arms 14

History of Present Illness :
 Rash started a year ago & red, painful lesions at face & arms.

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

Others If Yes, Specify: -

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 أوجة الطبيب / الطبيبة 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: د. عبد الحليم فرحات محيري

التاريخ: 14 AUG 2024

ملف رقم: 0393709

التوقيع :

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 31176000221
D.O.B.: 15/05/2011
Expiry: 07/06/2024

الرقم الشخصي:
تاريخ الميلاد:
الصلاحية:
الجنسية:

Nationality: SYRIA
Occupation: طفل

المهنة:

الاسم: رود عبدالحليم فيصل حميدي

Name: RAWD ABDULHALIM FAISAL HMAIDI



Passport Number: N011644556
Passport Expiry: 23/04/2023
Serial No: 30431176000221
Residency Type: عائلية
Employer: عبدالحليم فيصل حميدي
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:
السرقة المسجل:
نوع الرخصة:
المستقدم:



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

التاريخ: 14-08-24
إسم المريض: Rawad AbdelHalim
رقم الملف: 039379
العمر: 13 years
Date: _____
Patient's name: _____
File No.: _____
Age: _____

Rx

R. betonic A Zolanc acid 20/
neomycin od cream
A. Fradin 2% cream
od

Doctor's signature: _____

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