



OUTPATIENT ASSESSMENT FORM

DATE: 17.08.24 TIME: 18.15

File No: 039393

Name: Tucki Fahad Sex: M Nationality: Q Age: 24 yrs
 Occupation: Employed LCB: Marital Status: Married
 QID. No: 30063601015 Husband's / Wife's Name: Moodhi Faisal Alhajri
 Address: Alshahabiya Mobile No: 33331827 Residence Phone:

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

Presenting complain and duration :

Failure to deflorate
 Penetration explicable
 Psych. ED

History of Present Illness :

H. nearly married & couldn't
 deflorate his wife.

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. cialis 20mg 10 2/10

4.

7.



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: سركي

التاريخ: 17-8-2017

ملف رقم: 39393

التوقيع: [Signature]

State of Qatar
ID. Card

دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية

الرقم: ID No: 30063401015

تاريخ الميلاد: D.O.B. 29/03/2000

الجنسية: QATAR / قطري

Date of expiry: 28/07/2031

الصلاحية: صلاحية

الإسم: تركي فهد تركي الساعي الهاجري

Name: TURKI FAHAD T A ALHAJRI

العنوان: منطقة 80 - شارع 621 - مبنى 6

Serial No: 43519A0A33262470

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

منطقة 80 - شارع 621 - مبنى 6

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

Date: 17-08-24 التاريخ:

Patient's name: Turki Fahad اسم المريض:

File No.: 039393 رقم الملف:

Age: 24 years العمر:

Rx

(10)
R, Cephalex 200mg 120
o.d

Doctor's signature: _____

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