



OUTPATIENT ASSESSMENT FORM

DATE: 10 SEP 2024 TIME: 16:40

File No: 039570

Name: Tigser Mahabir Sex: Female Nationality: SUD Age: 40

Occupation: LCB Marital Status: Single

QID. No: 28373602017 Husband's / Wife's Name: Single

Address: binom.com Mobile No: 55605645 Residence Phone:

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

Presenting complain and duration :

cl. Myopical leg on at
at 1st 3 m.

History of Present Illness :

condicion started after steroid use
at 1st 3 months of

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

Others If Yes, Specify:

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

Joint Pain on 2 m.

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.

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.

ليس مجود

اسم المريض / المريضة:

التاريخ:

10-9-24

ملف رقم:

039570.

التوقيع :

Residency Permit



رخصة إقامة

ID.No: 28373602017 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 22/12/1983 تاريخ الميلاد:
Expiry: 24/01/2025 الصلاحية:
سودانية الجنسية:

Nationality: SUDAN

Occupation: اختصاصية المهنة:

الاسم: تيسير عبدالعظيم احمد محجوب

Name: TYSEER ABDELAZIM AHMED MAHGOUB



Passport Number:

P11552339

رقم جواز السفر:

Passport Expiry:

29/01/2034

تاريخ انتهاء الجواز:

Serial No:

30628373602017

الرقم المسلسل:

Residency Type:

عمل

نوع الرخصة:

Employer:

مجمع طبي الام و الجنين

المستقدم:

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

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



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 ذ.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

Date: 10 - 9 - 24 التاريخ:

Patient's name: TySeer Abdelazim اسم المريض:

File No.: 039570 رقم الملف:

Age: 40 years العمر:

Rx

L. proctose cicca gel

١ - ٢ - ٣ b.d.

K Neurebin 18 (30)

١ - ٢ - ٣ o.d.

Doctor's signature: [Signature]

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523