



OUTPATIENT ASSESSMENT FORM

DATE: 05 OCT 2020 TIME: 5:57

File No: 029236

Name: Wadha Hamoud Sex: F Nationality: Q Age: 46
 Occupation: LCB Marital Status:
 QID. No: 27563401700 Husband's / Wife's Name:
 Address: Alshamiya Mobile No: 55315408 Residence Phone:

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

Presenting complain and duration :

10 scars spots / of Acne

History of Present Illness :

chronic Acne → Acne scars

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

Others If Yes, Specify:

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

psychological problem in treatment ?? refused to give details

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

1. for mood treatment 4. 7.

2. 5. 8.



File No.: 029236

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 029236

NAME: WADHA HOMOUD S AL-SHAMMARI

QID NO: 27563401700 SEX: FEMALE

MOB: 55315408 ADDRESS: SHAHANIY.

Age: 46 yrs

Marital Status: 30 yrs

band's Name: Abdulla Munadi Alkabi

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Excessive hair loss, oily scalp & fungal infection on FLW & dermatologist on vit supplement. Request to do hormones as derm doctor told her.

Medical History:

NAD

P.H. - ② C/S H-L F.H. NAD

- Liposuction + plasty 2018

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms:

Parity:

P

9

Abortion

5

Ectopic

LCB

2014

♀

5

♂

4

EXAMINATION

General Examination: Ht. 147 cm

Wt. 63.3 Kg

BMI

Kg/m² Bp

110/70 mm Hg

Normal female look, GGC, CoQ, 70

Chest, C.V.S.

Normal

Abdomen:

C/S scar

Breasts:

Normal

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

Excessive hair loss want to do investigation CBC, zinc, vit D, B12 already done, Pt on thyroid

Plan of Management:

TSH

Next Appointment:

[illegible]



Patient Name : Wadha Homoud
Acc. No. : 3320273177
Contract. : Dr. Layla Bashir
Patient No. : 2160-029236

Sample Date : 15/11/20 21:08
Report Date : 15/11/20 22:22
Patient Ref. No. :

this sample was collected outside lab

Branch : Qatar Waab Age : 46 Y Patient Sex : Female

Chemistry Unit

Service / Test	Result	Unit	Ref. Range
Thyroid Stimulating Hormone (TSH)	0.79	uIU/mL	0.35 - 4.94

Reviewed By:

Dr. Hisham El-Banawy
Antomical & Clinical Pathology
License No. 3403

Dr. Hisham El Banawy
Consultant

دقة التشخيص .. سرعة الأداء
Accurate .. Fast .. Reliable Results





MEDICAL REFERRAL LETTER

Gynae and General Patients

To Doctor: WRC " Gyn "

From : Dr. Leila Hamid Medical Center

Patient's Name : Wadha Hamoud

Age: 49 yrs Nationality : Q

is P 9 Abortion 4 Ectopic

inability to ☐ Low Risk
control urine / 1 Yr. ☒ High Risk
- burning micturition ☐ INF
- not pale ☐ Others

2 of them C/S
LD 9 yrs old.

- LMP 3 months ago
(menstruation paused)

Referred :

vitals → OK ☒ For Booking to OPD 4 wks.

speculum = normal ☐ To ER

vulva, wide vagina

▷ urinary incontinence

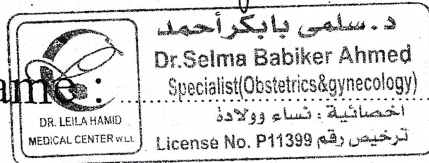
cystocele - normal CX of multi.

UCA → mild cystitis

Referred By:

- given, referred for your kind care
for further assess.
& management

Doctor's Name:



Date : 09 NOV 2023

please

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name: WADHA

Patient ID:

1

Multistix® 10 SG

Test date 11-09-2023

Time 6:29PM

Operator B

Test number 1016

Color Yellow

Clarity
Clear

GLU Negative

BIL Negative

KET Negative



Date 15/11/20

New Patient Registration Form

Full Name **د. فني حمور سليمان الشمرعي** الأسم الكامل

Date of Birth **2/2/1975** تاريخ الميلاد

Marital Status ☐ Single / أعزب ☒ Married / متزوج ☐ Divorced / مطلق ☐ Widowed / أرمل

Gender: ☐ Male / ذكر ☒ Female / أنثى Nationality **قطرية** الجنسية

Occupation **ربة منزل** المهنة

I.D Number **27563401700** رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) **4471849** رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number **504106-1** رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number **3399194/2** رقم هاتف

Address: Building No. **13** Zone No. **80** Street No. **935** العنوان

رقم البناية

رقم المنطقة

رقم الشارع

How did you hear about our Center?

من أين سمعت عن مركزنا ؟

☐ Advertisements / إعلانات ☐ Referral by doctor ☐ Friends & Relatives / أصدقاء وأقارب

☐ Others / أخرى

How do you want us to address you ?

كيف تفضل أن نناديك ؟

☐ By Name / بالإسم ☐ By No / بالرقم ☐ Others (please specify) / حدد الطريقة التي تفضلها

I receive my Rights & Responsibilities



أستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature **Pa** التوقيع

File Number **029236**

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجه 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.

ولفظة حو

اسم المريض / المريضة:

16-09-24

التاريخ:

ملف رقم:



التوقيع:



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 وأتباع 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.

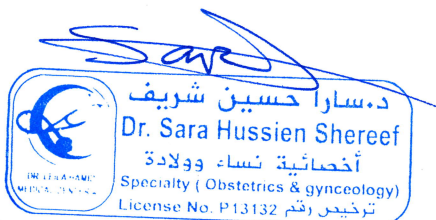
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: **د. سارا حسين شريف**

التاريخ:

ملف رقم: **029236**

التوقيع:





نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجه 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: هبة هور

التاريخ: 05 OCT 2020

ملف رقم: 029236

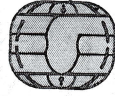
التوقيع: [Signature]



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 27563401700

الرقم:

D.O.B. 02/02/1975 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 10/08/2030 الصلاحية:



الاسم: وضحه حمود سليمان الشمري

Name: WADHA HOMOUD S AL-SHAMMARI

منطقة 80 - شارع 935 - مبنى 13

العنوان:

Serial No: 4351E10D1B05247E

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



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:

التاريخ: ٩-١١-٢٣

ملف رقم: ٥٢٩٢٣٦

التوقيع:



د. د.



Patient Name : Wadha Homoud
Acc. No. : 3320273177
Contract. : Dr. Layla Bashir
Patient No. : 2160-029236

Sample Date : 15/11/20 21:08
Report Date : 15/11/20 22:22
Patient Ref. No. :

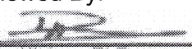
this sample was collected outside lab

Branch : Qatar Waab Age : 46 Y Patient Sex : Female

Chemistry Unit

Service / Test	Result	Unit	Ref. Range
Thyroid Stimulating Hormone (TSH)	0.79	uIU/mL	0.35 - 4.94

Reviewed By:


Dr. Hisham El-Banawy
Antomical & Clinical Pathology
License No. 3403

Dr. Hisham El Banawy
Consultant

دقة التشخيص .. سرعة الأداء
Accurate .. Fast .. Reliable Results





وصفة طبية Prescription

No

09 NOV 2023

Date: التاريخ:

Patient's name: Wadha Hamoud اسم المريض:

File No.: 029236 رقم الملف:

Age: 49 yrs. Δ urino incontinance العمر:

Rx

- Vesicare tabs

حببة من حببة فيسكار

- ~~urinal~~ caps.

كبسولة من كابسولة

- Primula N. tabs 5mg

حببة من حببة

Doctor'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: 23.12.20 التاريخ:

Patient's name: Wedha Hamed اسم المريض:

File No.: رقم الملف:

Age: العمر:

Rx

Hysac Cleansing Gel Bis day

Doctor's signature:



د. نهلة محمد صالح كرم الله
Dr. Nahla Mohamed Saleh Karamalla
طبيب عام
General Scope Physician
ترخيص رقم ٥٥٧٣٧
License No. 55737

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