



OUTPATIENT ASSESSMENT FORM

DATE: 06 NOV 2023 TIME: 13:50

File No: 037698

Name: Malhiya Hamad Sex: Female Nationality: Q Age: 40 yrs.
 Occupation: LCB Marital Status :
 QID. No: 28363402838 Husband's / Wife's Name:
 Address: Abu nakla Mobile No: 555 22 117 Residence Phone:

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

Presenting complain and duration :

History of Present Illness :

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. _____

DATE	FOLLOW UP	NEXT VISIT
25-3-24	FACE REJUVENATION SPECTRA LASER. MUSTACHE HAIR REMOVAL CANDELA (15mm) ALEX F: 8 H2: 15 MS: 3	
8-4-24	FACE REJUVENATION SPECTRA LASER. MUSTACHE & CHIN HAIR REMOVAL CANDELA (15mm) ALEX F: 8 H2: 15 MS: 3	
1-6-24	FACE REJUVENATION SPECTRA LASER. MUSTACHE & CHIN HAIR REMOVAL CANDELA (15mm) ALEX F: 8 H2: 15 MS: 3	
11-8-24	FACE REJUVENATION SPECTRA LASER. MUSTACHE & CHIN HAIR REMOVAL CANDELA (15mm) ALEX F: 8 H2: 15 MS: 3	

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.

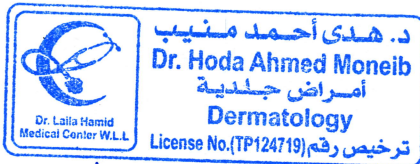
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: د. هدى أحمد منيب

التاريخ: ٢٣ / ١١ / ٦

ملف رقم: ٥٣٧٥٩٨

التوقيع: [Signature]



HM

State of Qatar
ID. Card

دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية

الرقم: ID. No. 28363402838
تاريخ الميلاد: D.O.B. 17/08/1983
محل الميلاد: قطر
الجنسية: QATAR / قطريه
Date of expiry: 30/09/2025
الصلاحية: 30/09/2025

الإسم: ملهيه حمد راشد محمد المنخس
Name: MALHIYA HAMAD R M AL-MANAKHAS

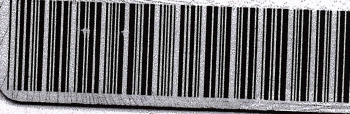


Date of Issue: 01/10/2015
Blood Group: A+
Serial No.: 4077240428236297
منطقة 55 - شارع 1023 - مبنى 25

تاريخ الإصدار:
فصيلة الدم:
الرقم المسلسل:
العنوان:

مدير إدارة الجنسية ووثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature





بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مركز د/ ليلي حامد الطبي

نموذج موافقة على إزالة الشعر

ليزر سبيكترا يقوم بإطلاق دفعة مكثفة من الضوء يتم امتصاصها بواسطة الجلد أو بصيلات الشعر يرتدي المتواجدون في الغرفة غطاء وقائي للعين لحماية العين من الضرر.

يكون الإحساس بالليزر في المنطقة غير مريح وقد تشعر بشعور يماثل الألم البسيط لوخز الدبوس أو الإحساس بالحرارة والذي قد يستمر لعدة ساعات بعد عملية الليزر قد تصبح المنطقة التي تم علاجها حمراء لعدة ساعات أو عدة أيام (في حالة إزالة الوشم تسمر أو تصبح بنية غامقة).

قد تحدث تقرحات لذا ينبغي التعامل مع هذه المنطقة برفق بعد العلاج وإستعمال الكريم الموصوف من قبل الطبيب يستوجب عدم التعرض للشمس، فرط التصبغ ونقص التصبغ هي من المخاطر والمضاعفات.

لقد قمت بقراءة وفهم جميع المعلومات التي تم توضيحها لي قبل التوقيع على الموافقة فتم توضيح جميع الأسئلة.

الإسم: جلوب حرقم الملف: 037698التوقيع: [Signature]التاريخ: ٢٣ / ١١ / ١٦

Handwritten signature: HMO