



OUTPATIENT ASSESSMENT FORM

DATE: 21 AUG 2024 TIME: 19:50

File No: 639 424

Name: mohd Abdulla Sex: male Nationality: Qatar Age: 40 yrs.
 Occupation: LCB Marital Status: married 10 yrs.
 QID. No: 29463402197 Husband's / Wife's Name: noora nasr
 Address: al rayyan Mobile No: 55244538 Residence Phone:

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

Presenting complain and duration : _____

ED
 p. ches

History of Present Illness : _____

Cordien on 20/11 24

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. _____



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.

عبدالله ج. م. ر

اسم المريض / المريضة:

٢٠١٨ / ١٢ / ٢٤

التاريخ:

639424

ملف رقم:

[Signature]

التوقيع :



Mohd

Today at 7:50 pm



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

التاريخ: 21-08-24

إسم المريض: Mohamed Abdulla

رقم الملف: 039424

العمر:

Rx

R. Sustanon 250mg Amp (4)

حقن سوستانون ٢٥٠ ملغ (١.٢)

R. Neurebion lab (8)
حقن نيوريبون ٥.٠ د

Doctor's signature:

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