



OUTPATIENT ASSESSMENT FORM

DATE: 26-8-20 TIME: 14:15

File No: 039337

Name: Bedour Abdhadi Sex: F Nationality: Q Age: 19
 Occupation: Student LCB: Marital Status: Single
 QID. No: 30163404246 Husband's / Wife's Name: _____
 Address: Mazer Mobile No: 66930497 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. _____



029432 ✓

File No.: 039337

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039337
Name: BADOOR ABDALHADI ALSAYA
QID No: 30163404246 Sex: Female
Mob: 55205935 ADDRESS: MUITHER



Age: 23y/o

Marital Status: Single

Id's Name:

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

she will marry at the time of her next period, she wants it to come earlier.
no complaint.

Medical History: medically free P.H. Non F.H. DM(M).

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 11 yrs L.N.M.P 27/7/24
Menstrual Habits: regular, last for 6 days every month.
Menstrual Symptoms: ass & dysmenorrhea Menopause:
Parity: P Abortion Ectopic LCB

**EXAMINATION**

General Examination: Ht. 148 cm Wt. 49.8 Kg BMI 100/m² Bp 100/80 mm Hg
skin - not pale.

Chest, C.V.S.

Abdomen: NAD

Breasts: not examined

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

Plan of Management:

Next Appointment:

A Gyn. Consultation

Pt reassured & given.



Date 6 / 8 / 24

New Patient Registration Form

Full Name د. عبد الهادي بخون الصيري الاسم الكامل

Date of Birth 24/5/2021 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation خريجة المهنة

I.D Number 30163404 246 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 44 69 4402 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 55205935/30037339 رقم الجوال

Emergency Contact Person 55205935 أمي أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان:

رقم البناية رقم المنطقة رقم الشارع العنوان:

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 ☒ إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature التوقيع

Belal

File Number 034337



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: بدر عبد الهادي مبخوت الصير

التاريخ: 6/8/2024

ملف رقم: 039337

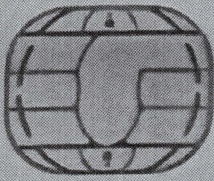
التوقيع: Beday



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID No 30163404246 الرقم

DOB 24/05/2001 تاريخ الميلاد

Nationality QATAR / قطريه الجنسية

Date of expiry 09/03/2034 الصلاحية



الإسم: بدور عبدالهادي ميخوت معقل الصيعري

Name: BADOOR ABDULHADI M M AL-SAYARI



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية 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: 26 AUG 2020

ملف رقم: 029432

التوقيع: Bedour

DR. LEILA H. MEDICAL CENTER W.L.L

Tel. 44817651/ 44817652 - Fax: 44812796

Al Salam Street - North Muaither

Villa No.: 80 & 82



مركز د. ليلي حامد الطبي د.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦

شارع السلام - معيذر الشمالي

فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

Nº

Date:

٦ / ٨ - ٢٤

التاريخ:

Patient's name:

BADDOOR ABDALHADI

إسم المريض:

File No.:

039337

رقم الملف:

Age:

23 yrs

she want's to delay period

العمر:

Rx

أبياد من ١٦ / ٨ / ٢٤ - ٢٤

- Primolut N. tabs 5 mg

٥٠٠ مل ٢٤

- Zartux cream

مسحوق ٢٤

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523