



File No.: 039083

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039083
Name: ABEER ALI ALSHAMARI
QID No: 28763400037 Sex: Female
MO: 77717003 ADDRESS: ALRAYAN



Age: 36 y.o

Marital Status: 15 years

Name: Mansour Hajaj Alshahawani

Residence Phone:

SYMPTOMS:

40 vulval itching / 3 days
- no abnormal discharge or urinary symptoms.
- not on contraception

Medical History: medically free

P.H. Sinusitis (surgical) + cholecystectomy + 5 c/s. F.H. FCDM)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 yrs

L.N.M.P. 11.06.24

Menstrual Habits: regular. last for 7 days.

Menstrual Symptoms: mild dysmenorrhoea.

Menopause:

Parity: P V Abortion 0

Ectopic

LCB 2 yrs

♀ I ♂ IV

5 c/s.
EXAMINATION

General Examination: Ht. 161 cm Wt. 91.6 Kg BMI 35.5 Kg/m² Bp 116/80 mm Hg
cooperative, not pale.

Chest, C.V.S.

NAD.

Abdomen: CIS Scar.

Breasts: not examined.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. severe vulval redness & irritation, narrow introitus. red vag. mucosa
Bimanual Exam. whitish vag. discharge - cx not seen. G.U.
Rectal Exam. not done.

Investigation Requested:

None.

Diagnosis:

A Severe vulvovaginitis

Plan of Management: Pt reassured. tx given.

Next Appointment:

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name:

ABEER

Patient ID:

16

Multistix® 10 SG

Test date 07-06-2024

Time 3:03PM

Operator LAMIS

Test number 2417

Color Yellow

Clarity
Clear

GLU Negative

BIL Negative

KET Negative

SG ≥ 1.030

BLO Negative

pH 5.5

*PRO 2+ *

URO 0.2 EU/dl

Date/...../.....

New Patient Registration Form

Full Name عبدالله بن علي الإسم الكامل

Date of Birth ١٩٨٧ / ٨ / ١٤ تاريخ الميلاد

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

Gender: ☐ Male / ذكر ☒ Female / أنثى Nationality عربية الجنسية

Occupation ربة منزل المهنة

I.D Number ٥٨٧٦٢٤٠٣٧ رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ٧٧٧١٧ ~ ٢ رقم الجوال

Emergency Contact Person الزوج أقرب الأقارب

Emergency Contact Number ٦٦٦٢ ١٦١٦ رقم هاتف

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

رقم البناية

رقم المنطقة

رقم الشارع

العنوان:

How did you hear about our Center

☐ Advertisements / إعلانات ☐ Referral by doctor ☒ Friends & Relatives / أصدقاء وأقارب من أين سمعت عن مركزنا؟

☐ 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 عبدالله التوقيع

File Number 039083

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: عبر السمر

التاريخ: ٦ / ٩

ملف رقم: 039083

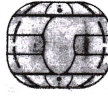
التوقيع: [Signature]



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28763400037

الرقم:

D.O.B. 14/08/1987

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

28/07/2029

الصلاحية:



الاسم: عبيد علي عايد رديني الشمري

Name: ABEER ALI A R ALSHAMARI

منطقة 51 - شارع 150 - مبنى 17

العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

