



File No.: 039270

Nationality: SYR

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039270
Name: ABEER HUSSAIN ALSOUFI
QID No: 29076001172 Sex: Female
Mob: 33909487 ADDRESS: ALDAFNA



Age: 34 yrs

Marital Status: 14 yrs

and's Name: Mulham Ahmad ALAG

ile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

- vaginal discharge - white - cheesy, ass e itching, no bad smelling
lasting 8 months received treatment every month and once
stop treatment, symptoms return, now on patch contraception
used IUD hormonal and cu and removed b/c of bleeding.

Medical History: Not

P.H. Not

F.H. HTN (M, F)

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 years -

L.N.M.P 2-6-24

Menstrual Habits: regular, lasting 6 days, monthly -

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity: P 3

Abortion 0

Ectopic

LCB 2018

♀ 2 ♂ 1
all MUDs, a.w

EXAMINATION

General Examination: Ht. 166 cm Wt. 67.5 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

G.C. - Good, good personal hygiene -

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: NAD, evn patch at Bikini area

Breasts: no galactorrhea

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. Wide vagina & manual end - +

Bimanual Exam. normal, wide introitus

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis: Ch. Recurrent monilial vaginitis

Plan of Management: tests for sugar intolerance done
another place sug n

Next Appointment:

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

New Patient Registration Form

Full Name عبد الحسين الهوي الاسم الكامل

Date of Birth ١٠/٩/١٩٩٠ تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ربة منزل المهنة

I.D Number 29076001172 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 33909487 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 11 Zone No. 64 Street No. 956 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 / بالاسم ☐ By No / بالرقم ☐ Others (please specify) / حدد الطريقة التي تفضلها

I receive my Rights & Responsibilities ☐ إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature [Signature] التوقيع

File Number 039270



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: جبر حسيب الصوفي

التاريخ: 28-7-24

ملف رقم: 039270

التوقيع:

د/ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم P832

State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29076001172 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 01/01/1990 تاريخ الميلاد:
Expiry: 03/11/2026 الصلاحية:
سورية الجنسية:
Nationality: SYRIA
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: عبيد حسين علي الصوفي

Name: ABEER ALSOUFI

Passport Number: N00706081 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: / 09/02/2030 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30929076001172 الرقم الممثل:
Residency Type: عائلية نوع الرخصة:
Employer: ملهم احمد الطي المتقدم:
مدير عام الادارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports توقيع حامل البطاقة
Holder'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. ليلي حامد الطبي ذ.م.م.

تليفون: ٤٤٨١٧٦٥١ / ٤٤٨١٧٦٥٢ - فاكس: ٤٤٨١٢٧٩٦
شارع السلام - معيذر الشمالي
فيلا رقم: ٨٠ و ٨٢

وصفة طبية Prescription

No

Date:

28 JUL 2024

التاريخ:

Patient's name:

Abeer. Hussein

إسم المريض:

File No.:

039270

رقم الملف:

Age:

34 yrs

العمر:

ch Re. monilid

Vaginitis

Rx

Itroconazole caps (15)

150mg

أبتولة صمغية واحدة يومياً

أبتولة صمغية واحدة يومياً

عند أبتولة صمغية واحدة يومياً

من اللثة أبتولة صمغية واحدة يومياً

طرد ٤ أيام

Vaginal pessaries

(7)

خمسة كل يوم عند النوم

طرد ٥ أيام

kenazole cream

20g

دهان خارجي واحد يومياً

طرد ٥ - ٧ يوم

Doctor's signature:

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