



File No.: 038916

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTE

File No: 038916

NAME: AISHA YEHYA HADID ALSAQATRI

ID NO: 31663400835

MOB: 66611544

SEX: FEMALE

ADDRESS: ALRAYYAN

Age: 8/10

Marital Status: CHIL

nd's Name:

e Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Vulvar itching

Medical History:

P.H.

F.H.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

L.N.M.P

Menstrual Habits:

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity:

P

Abortion

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 120 cm

Wt. 25.2 Kg

BMI

Kg/m² Bp

mm Hg

Looks well

Chest, C.V.S.

Abdomen:

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

ON examination Numb & Vulva
only mild Reddish at clitoris & white
discharge -

Investigation Requested:

Diagnosis:

Plan of Management:

Next Appointment:

checkup
Reassure

Open

Date 26 / 5 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name عائشة كبي الإسم الكامل

Date of Birth 2016 - 2 - 11 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation سيدة المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 666 115 44 رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 19 Zone No. 53 Street No. 531 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

File Number 038916

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: عائشة كـ

التاريخ: 26-5-24

038916

ملف رقم:

التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28363401789

الرقم:

D.O.B. 15/07/1983

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 11/11/2027 الصلاحية:



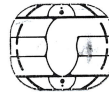
الاسم: أسماء عامر ماجد مبارك السقطري

Name: ASMA AMER M M AL-SAQATRI

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 31663400835

الرقم:

D.O.B. 11/02/2016

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 04/05/2025 الصلاحية:



الاسم: عائشة يحيى حديد مراد السقطري

Name: AISHA YEHYA H M AL-SAQATRI

منطقة 53 - شارع 531 - مبنى 19

العنوان:

Serial No: 5358260E204932DF

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



منطقة 53 - شارع 531 - مبنى 19

العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature



أسماء
٢٨٤١