



File No.: 039646

Nationality: Egy

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039646
Name: ALANOUD SAYED MOHAMED
QID No: 29581801390 Sex: Female
Mob: 77679666 ADDRESS: ALWAKRA

Age: 29y/0

Marital Status: single

Name:

one:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

used cl/0 Vulvar itching → 9 days
used canstn cream No improvement

Medical History: penicillin 1

P.H. —

F.H. DM + HTN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 14y/12

Menstrual Habits: Regular monthly

Menstrual Symptoms: Normal

L.N.M.P

16/9/24

Menopause: 4 days

Parity: P 0

Abortion 0

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 158 cm

Wt. 62.2 Kg BMI

Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

Chest, C.V.S.

Abdomen:

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Red vulva & scratch marks
mild white discharge ex-attended
by the Nurse Circled

Diagnosis:

Vulvitis

Plan of Management:

R

Next Appointment:

12/10/24



Date 29 / 9 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name الاسم الكامل

Date of Birth تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

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

رقم البناء 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 039646

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة المعالج لي لمقابلي 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: السود عبد الله

التاريخ: 23-9-24

ملف رقم: 039 646

التوقيع :



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29581801390 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 25/01/1995 تاريخ الميلاد:
Expiry: 05/11/2024 الصلاحية:
Nationality: مصرى الجنسية:
Occupation: طالبة المهنة:



الاسم: العنود سيد محمد سيد عبداللطيف

Name: ALANOUD SAYED ABDULLATIF

Passport Number: A36989956
Passport Expiry: 04/03/2027
Serial No: 30729581801390
Residency Type: عقلية
Employer: سبط حمد صالح عجم العبد
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports
توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

رقم جواز السفر:
تاريخ انتهاء الجواز:
الرقم الممثل:
نوع الرخصة:
المستقدم:



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

23 SEP 2014

Date: التاريخ:

Patient's name: Alanoud sayed اسم المريض:

File No.: 039646 رقم الملف:

Age: 29ys العمر: Vukmhyz

Rx

- Kenalog cream

- Triamcort cream BD x1wk

- Flomax silver spray BD x1wk

- Diflucan cap today & after 1wk

أ.ع.ب.

Doctor's signature:

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