



File No.: 038922

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 038922
Name: ALHANOUF MOHD SALIH
QID No: 30363405418 Sex: Female
Mob: 39917775 Address: MUAITHER



Age: 20 Yrs.

Marital Status: 5 mos.

and's Name: Safah Bakht Sarif

le Phone: 39917775 Residence Phone: 24 x 24

- smoker
- healthy

SYMPTOMS:

- married on 1-12-23, came for virginity check up, as her husband has erectile problem and no complete s-p till now, but he tried to insert his finger and there is bleeding.
Medical History: medically free P.H. non F.H. non

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 13 Yrs L.N.M.P 1.5. 2024
Menstrual Habits: regular, last for 6 days every month, ≥ 21 d.
Menstrual Symptoms: ass & dysmenorrhoea. Menopause:
Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 157 cm Wt. 69.8 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

Shy, coop, normal female look, looks her age

Chest, C.V.S. N.A.

Abdomen: N.A.

Breasts: normal looking

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. hymenal ring & only small cut at 7 o'clock
Bimanual Exam. otherwise N.A.
Rectal Exam. no abn. disch.

Investigation Requested:

Diagnosis: Gyne check up.

Plan of Management: Reassured.

Next Appointment:



Date 27 / 5 / 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 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 038922

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: الهوق محمد صالح البربري الحري

التاريخ: 27-5-24

ملف رقم: 038922

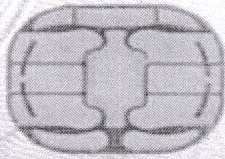
التوقيع: [Signature]

د/ ليلي حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية ووليد
ترخيص رقم ٢٨٣٢
License No. 2832

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



الرقم: ID. No: 30363405418

تاريخ الميلاد: D.O.B 04/12/2003

الجنسية: Nationality: QATAR / قطريه

الصلاحية: Date of expiry: 17/08/2032



الاسم: الهنوف محمد صالح البريدى المرى

Name: ALHANOUF MOHAMMED S B AL-MARRI

العنوان: منطقة 55 - شارع 842 - مبنى 60

الرقم المسلسل: Serial No: 4364590A1F17247E

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

