



File No.: 039474

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039474
Name: ALIA MOHAMED ALABUAIAN
QID No: 28604800049 Sex: Female
Mob: 55507250 ADDRESS: ALRAYAN



Age: 38 y/o

Marital Status: 22 yrs

's Name: Khalid Mubarak Abdulrahman

hone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

N.V.D. 1/8/24 ♂ 2.7/19.
lactating + Bottle feeding. Came for Post NVD
check up. Also, Contraceptions discussed. she preferred
Loop insertion.

Medical History: medically free

P.H.

Non

F.H.

FCDM
MCHTN

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

12 yrs.

L.N.M.P

delivered 28 days ago

Menstrual Habits:

regular. last for 7 days. every month

Menstrual Symptoms:

Non

Menopause:

Parity:

P

7

Abortion

2

Ectopic

LCB

1/8/24
28 days.

♀

2

♂

5

Ad NVD, a/w

EXAMINATION

General Examination: Ht. 155 cm

Wt. 89.8

Kg BMI

Kg/m² Bp

100/80 mm Hg

obese, cooperative, not pale

Chest, C.V.S.

Abdomen:

MAD.

Breasts:

not examined.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Smelly vulva & vagina. no lacia seen now
wide introitus & repaired perineal Tear. stitches

Bimanual Exam.

still in, completely healed, so stitches were removed

Rectal Exam.

after cleaning.

Investigation Requested:

non

Diagnosis:

Δ Post NVD check up

Plan of Management:

Pt reassured, w given.

Next Appointment:

P. F. i.



Date 29 / 8 / 2014

New Patient Registration Form

Full Name الإسم 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 039474

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة 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: عاليه ع

التاريخ: 28-8-2024

ملف رقم: 039474

التوقيع: —————



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28604800049

الرقم:

D.O.B. 16/09/1986

تاريخ الميلاد:

Nationality:

QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

17/01/2026

الصلاحية:



الاسم: عاليه محمد احمد محمد البوعينين

Name: AALYA MOHAMED A M ALBUAINAIN

منطقة 52 - شارع 990 - مبنى 368

العنوان:

Serial No:

4077240428306297

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature





وصفة طبية Prescription

No

28 AUG 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: Alia Mohammed اسم المريض:

File No.: 039474 رقم الملف:

Age: 38 yrs. A post NVD العمر:

Rx

Betadine vag. supp. (14)
دخيلة - كل ليلة في الفم
٧ ليال متتالية تحت دخيلة
سبع

Bonella vag. wash
غسل فم مع لغوة يوميا سبع
دخيلتين - سبع

Whitening Cream for sensitive
area
مسحوق الوجه

Doctor'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

28 AUG 2024

Date: التاريخ:

Patient's name: أسماء المريضة: Alya MHD

File No.: رقم الملف: 039474

Age: العمر: 38 y n Δ vaginitis

Rx

ALbothyl vag. supp. (6)
تصليّة لبّة بـ لبّة

Doctor's signature:

Email: dr.leilamedcenter@gmail.com

Mobile: 55868523