



File No.: 039212

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039212
Name: ALJAZI DHAIDAN ALMARRI
QID No: 27963401657 Sex: Female
Mob: 66185558 ADDRESS: MAEZER



Age: 47 yrs
Marital Status: Widow
band's Name:
Mobile Phone:
Residence Phone:

SYMPTOMS:

Lower abdominal pain and back pain 10 days, no vaginal discharge
went to do ultrasound. also there is urinary symptoms burning micturition,
urination with cough and laugh -

Medical History: Known case of hyperthyroidism on thyroxine 60 years
P.H. - C/s & breech 2012 FH. non
- appendectomy

MENSTRUAL HISTORY: IBS on treatment
- vertebral disc -> received inj.
L.N.M.P 1-7-24

Menarche: 13 years

Menstrual Habits: regular, lasting 5 days monthly.

Menstrual Symptoms: mild pain

Parity: P 7 Abortion 0 Ectopic LCB 2012
12 years

♀ 6 ♂ 1

EXAMINATION

General Examination: Ht. 153 cm Wt. 91 Kg BMI Kg/m² Bp 110/70 mm Hg

obese, coop. - Normal female look

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: Fatty, C/s scar, lines of abdomen Not tender - No abdominal gas - scar of appendectomy

Breasts: no galactorrhea

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. ex of multi, vagina clean, adnexa free

Bimanual Exam. ex - ve.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

AVF ut & normal endomet G-H Bmn
ovaries - Rt - one medium sized follicle
Lt - NIS Necho

Diagnosis: Gyne check up - Free + Col's Ploidy exam

Plan of Management: Reassure

Next Appointment:



Date 13 / 7 / 20

New Patient Registration Form

Full Name الجبازي خيرة عبد القوز المري الاسم الكامل

Date of Birth ٧ - ٧ - ٢٤ تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number ٢٧٦٦٣٤٠١٦٧٥ رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ٧٦١٨٥٥٥٨ 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

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 الجبازي خيرة التوقيع

File Number 039212

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.

امضاء

وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: الجازي خيرة

التاريخ: 13-7-2024

ملف رقم: 039212

التوقيع: الجازي

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

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 27663401657

الرقم:

D.O.B. 24/07/1976

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

02/01/2031

الصلاحية:



الإسم: الجازي ضيدان علي الفوز المري

Name: ALJAZI DEADAN A Q AL-MARRI

منطقة 55 - شارع 931 - مبنى 33

العنوان:

Serial No:

436459021021347E

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

الجازي ضيدان

