



Already seen

*Dental File #: 029269

File No.: 039101

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039101
Name: ASHWAQ JABER ALMARRI
QID No: 29463404273 Sex: Female
Mob: 77355333 ADDRESS: ALWEKEER

Age: 29yrs
Marital Status: Single
band's Name:
bile Phone:
Residence Phone:

SYMPTOMS:

Sem + Δ → Pelvic pain + Iliac fossa pain 1/2
② ovarian cyst - Now same complaints

Medical History: medically free P.H. —

MENSTRUAL HISTORY:

F.H. DM + HTN

Menarche: 14yrs
Menstrual Habits: Regular every 35-45 days For 5 days
Menstrual Symptoms: Normal
Parity: P 0 Abortion 0 Ectopic LCB
Menopause:

EXAMINATION

General Examination: Ht. 157 cm Wt. 55.9 Kg BMI 22.5 Bp 100/70 mm Hg

Chest, C.V.S. Looks well not pale ♀ looked / NAD

Abdomen: Normal

Breasts: Normal

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. /
Bimanual Exam. /
Rectal Exam. /

Investigation Requested: Abd US A/F uterus E → 9mm
Normal Both ovaries NO fcd.

Diagnosis: Gynae check up

Plan of Management: Reassured

Next Appointment: 15 Dec



Date 25/6/24

New Patient Registration Form

Full Name رستوان حابر الكري 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 29463404273 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 77355333 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 039/01



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبيبة 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:

التاريخ: 25-6-24

ملف رقم: 039/01

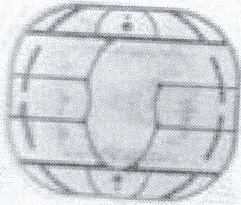
التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29463404273

الرقم

D.O.B: 06/11/1994

تاريخ الميلاد

Nationality:

QATAR

قطريه

الجنسية

Date of expiry:

07/11/2033

الصلاحية



اشواق جابر محمد لزويح المري

Name: ASHWAQ JABER M L AL-MARRI

منطقة 81 - شارع 303 - مبنى 8

العنوان:

Serial No:

113316067841A127

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

