



File No.: 0395/7

Nationality: SUD

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039517
Name: ATHAR FATHI OSMAN
QID No: 29673604940 Sex: Female
Mob: 66671288 ADDRESS : MAEZER

Age: 28 yrs

Marital Status: 3 yrs

Spouse's Name: Ahmed Osman Hassan

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

known DM 24/12 on R -
no Nausea + vom + Bunkache (disid)
not in same place only one year together

Medical History:

oral hypoglycaemic
drugs

P.H.

pik opuntia
2022

F.H.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

13 yrs

L.N.M.P

5 months

Menstrual Habits:

Regular monthly for 6 days

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity:

P

0

Abortion

0

Ectopic

LCB



EXAMINATION

General Examination: Ht. 161 cm Wt. 64 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

Looks in pain not move well due to Bunkache

Chest, C.V.S.

Abdomen:

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

CX → Vaginal + excessive white

Bimanual Exam.

V-discharge Scaly Vulva & scratch markers

Rectal Exam.

Red patchy Rash + even in thighs

Investigation Requested:

Washed

T-vulv

Arfufatens

G-T 6 mm

Both ovaries

5 PCO features

Diagnosis:

NS/HD

Vulvo Vaginitis

Plan of Management:

10 days

Next Appointment:

Date 39/24

New Patient Registration Form

Full Name آثار قحى عثمان الإسم الكامل

Date of Birth 1997 / 11 / 31 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation ربة منزل المهنة

I.D Number 29673604940 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 708983787-198271 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 66671288 رقم الجوال

Emergency Contact Person أحمد عثمان أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 66671288 رقم هاتف

Address: Building No. 22 Zone No. 53 Street No. 659 العنوان:
رقم البناية 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) / فضلها

I receive my Rights & Responsibilities إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature التوقيع

File Number 039517



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: آثار قتي عثمان

التاريخ: ٢٠١٩/٣/٢٠

ملف رقم: 039517

التوقيع: آثار قتي



State Of Qatar
Residency Permit



دولة قطر
رخصة إقامة

ID.No: 29673604940 الرقم الشخصي:
D.O.B.: 31/08/1996 تاريخ الميلاد:
Expiry: 13/08/2027 الصلاحية:
سودانية الجنسية:
Nationality: SUDAN
Occupation: ربة منزل المهنة:



الاسم: اثار فتحي عثمان بشاره بشاره

Name: ATHAR FATHI OSMAN BUSHARA BUSHARA

Passport Number: P11288887 رقم جواز السفر:
Passport Expiry: 24/11/2033 تاريخ انتهاء الجواز:
Serial No: 30129673604940 الرقم المميز:
Residency Type: عقلية نوع الرخصة:
Employer: احمد عثمان حسن مرجان المتقدم:
مدير عام الإدارة العامة للجوازات
General Director of the General
Directorate of Passports توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

أ

آثار فتحي

