



File No.: 038991

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 038991

Name: BAINA SALIH ALMARRI

QID No: 28263401792 Sex: Female

Mob: 55232202

Address: AIN KHALID



Age: 41yrs

Marital Status: Divorced

band's Name:

bile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:she did MRI for disc intermed
There is O-cyst for second opinion**Medical History:**P.H. Postmenopausal Repair F.H. DM
24yrs**MENSTRUAL HISTORY:**

Menarche: 11yr

L.N.M.P

1-6-24

Menstrual Habits: Regular Monthly for 5 days

Menstrual Symptoms: Normal

Menopause:

Parity: P

2

Abortion 0

Ectopic

LCB

17yr

♀

♂

EXAMINATIONGeneral Examination: Ht. 158 cm Wt. 780 Kg BMI Kg/m² Bp 110/80 mm Hg

Chest, C.V.S.

Abdomen: / NAD

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

Investigation Requested:

Diagnosis:

Plan of Management:

Next Appointment:

Narrow vagina & Tight prob
of T-v can't passedAbd suboptimal a/s B Caruncle
uterus ETR 7mm Lt 6mm
No Rt ovary 1c small cyst 3mm
no vascularity

Ovarian cyst



Date 4 / 6 / 24

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

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 038 991

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: سبحان صالح الحري

4/6/2024

التاريخ:

038991

ملف رقم:

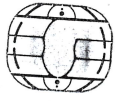
التوقيع:



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 28263401792

الرقم:

D.O.B. 15/08/1982

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR

قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

10/08/2030

الصلاحية:



الإسم: بينه صالح محمد النائب المرى
Name: BAYNA SALEH M A AL-MARRI

منطقة 56 - شارع 188 - مبنى 11

العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

