



File No.: 038892

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR. LEILA HAMID MEDICAL CEI

File No: 038892

NAME: BAKHITA SANAFI MOHAMED ALAWI

ID NO: 30363400413 SEX: FEMALE

MOB: 30777079 ADDRESS: MUAITHER

Age: 21y/0

Marital Status: 2yrs

Dr's Name: Abdelhadi Hamad mohammed

Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

epo Pelvic pain & sensation as if premenstrual, but no period.
not lactating - but there is still galactorrhoea -
no urinary symptoms or abnormal discharge -

Medical History: Non P.H. CIS only FH. Non.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 yrs L.N.M.P. Post CIS D
Menstrual Habits: regular, last for 7 days, every month 50
Menstrual Symptoms: ass dysmenorrhoea Menopause:
Parity: P 1 Abortion 0 Ectopic LCB 2/4/24
♀ 1 ♂ 1 CIS due to F.D, ♂, 3-6 kg.

EXAMINATION

General Examination: Ht. 153 cm Wt. 92.9 Kg BMI Kg/m² Bp 110/80 mm Hg
obese - cooperative, not pale

Chest, C.V.S. NAD

Abdomen: soft, obese, well healed CIS wound

Breasts: not examined

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

Bimanual Exam.

Rectal Exam.

not done

Investigation Requested:

T.U.S = A/V normal size uterus, ET 13.9mm
normal ovaries & small follicles - no cyst - + FF-CIS

Diagnosis:

Δ Post CIS check up

Plan of Management:

Pt reassured, advised F her husband to take
Contraception - tt given to induce period

Next Appointment:



Date 22 / 6 / 2024

New Patient Registration Form

Full Name الاسم 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 / بالاسم ☐ 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

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.

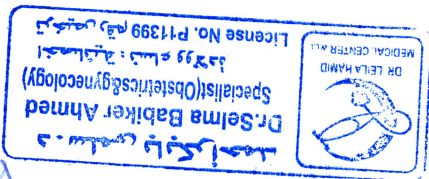
وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: جنت ساجي محمد

التاريخ: 22-5-2024

ملف رقم: 038892

التوقيع: [Signature]



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 30363400413

الرقم:

D.O.B. 10/02/2003

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR

/ قطريه

الجنسية:

Date of expiry:

17/06/2029

الصلاحية:



الإسم: بخيته سنافي محمد حمد العاوي

Name: BAKHITA SANAFI M H AL-AWI

منطقة 56 - شارع 864 - مبنى 29

العنوان:

Serial No:

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

