



File No.: 039566

Nationality: Q

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER

File No: 039566

Name: BAKHITA ALI TALIB ALMARRI

QID No: 25263400906

Mob: 70505017

Sex: Female

ADDRESS: ABU NAKHLA



Age: 72 yrs

Marital Status: 57 yrs

band's Name: Falib Mohammed Almarri

Mobile Phone:

Residence Phone:

SYMPTOMS:

Can't control her urination when cough, laugh or sneeze, also there is urge symptoms. No burning Micturition. No deficit in defecation.

Medical History: DM (insulin, glucophage 1000 BID), P.H. laprotomy (2000) F.H. DM, HTN, HTN on medical, HAIC 9, Intestinal obstruction, Myomectomy 2005

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

Menstrual Habits: was regular, Monthly L.N.M.P

Menstrual Symptoms:

Parity: P 11 Abortion 1 Menopause: 15 years

Ectopic: LCB 25 years

♀ 7 all NOD, 9-w
♂ 4

EXAMINATION

General Examination: Ht. 157 cm Wt. 74.9 Kg BMI Kg/m² Bp 130/90 mm Hg
normal ♀ look, looks her age,

Chest, C.V.S. N.A.

Abdomen: Scar of Laparotomy

Breasts: normal bilaterally

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. wide introitus, passed urine spont., mod.
Bimanual Exam. upto mid-uterus, mod. Rectocele.
Rectal Exam. Bonney's test +ve, 1 cx

Investigation Requested:

ultrasound ut small calcified walls, normal ovaries 1 RI 7 NIS Nech for age.

Diagnosis:

Cysto-rectocele & S.I & Uterus

Plan of Management:

for operative interference

Next Appointment:

10/11/2018



MEDICAL REFERRAL LETTER

GYNE AND GENERAL PATIENT'S

To Doctor : WWRC. Gynaecology Clinic

From : **DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER**

Patient's Name: Bakhita Ali Almarri

Age: 72y. Nationality: Q

Is P 11 Abortion 1 Ectopic 0

LCR = 25 yrs

☐ LOW RISK

☐ HIGH RISK

☐ INF

☒ OTHERS Cystic coel & S. I & urinary urgency + ex & peritoneal fibroid

Referred To :

☒ For Booking to OPD 1wk

☐ ER

for (1) vaginal hysterectomy & vault fixation & cysto coel repair
(2) TOT.

Referred By:

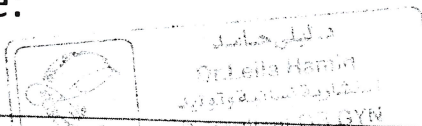
Doctor's Name:

د. ليلي حامد

Date:

10 SEP 2024

for your kind care & thanks for coop
NB patient is known to you before



Date 10/9/2019

New Patient Registration Form

Full Name بحيرة كاه طاب المرسى الإسم الكامل

Date of Birth 1-1-52 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation بيت منزل المهنة

I.D Number 25263400906 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number 700000000 رقم الجوال

Emergency Contact Person السيدة أقرب الأقارب

Emergency Contact Number 000599997 رقم هاتف

Address: Building No. 24 Zone No. 402 Street No. 100 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 039566



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجه 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.

د. ليلى حامد

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

خبره على

اسم المريض / المريضة:

التاريخ: ٩ / ١ / ٢٠٢٤

ملف رقم: ٥٣٩٥٦٦

التوقيع:

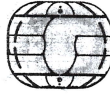
م. م. م.

د. ليلى حامد
Dr. Leila Hamid
استشارية نسائية وتوليد
ترخيص رقم F832
License No. F832

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 25263400906

الرقم:

D.O.B. 01/01/1952 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 31/03/2028 الصلاحية:



الإسم: بخيته على طالب شفيع

Name: BAKHITA ALI T SHAFEEA

منطقة 81 - شارع 452 - مبنى 24

العنوان:

Serial No:

53582615201332DF

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

