



File No.: 039726

Nationality: SAR

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039726
Name: BAKHOUT HAMAD ALMARRI
QID No: 27368200161 Sex: Female
Mob: 55451184 ADDRESS: ALWAKRA

Age: 51 yrs
Marital Status: Divorced

Husband's Name:

Mobile Phone: 55451184

Residence Phone:

SYMPTOMS:

10 V-discharge + wide vagina
+ Bzubs feel.
her husband not satisfy during S-R

Medical History: - on 1st for DM P.H. -

F.H. DM

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche:

L.N.M.P 28-8-24

Menstrual Habits:

Regular monthly for 6 days

Menstrual Symptoms:

Menopause:

Parity: P

1

Abortion

0

Ectopic

LCB

18 yrs

♀

♂

EXAMINATION

General Examination: Ht. 148 cm Wt. 56.8 Kg BMI Kg/m² Bp 120/80 mm Hg

Look, well

Chest, C.V.S.

/ NAD

Abdomen:

Breasts:

Not examined

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam.

ex - NAD not wide vagina excessive

Bimanual Exam.

V-discharge

ex - NAD

pulva

Rectal Exam.

Narrow

V-orifice

Investigation Requested:

Diagnosis:

Vaginitis

Plan of Management:

Next Appointment:

7 days



Date 5 / 10 / 24

New Patient Registration Form

Full Name رقية حمادى العفرائى العبدى الإسم الكامل

Date of Birth 20/12/1973 تاريخ الميلاد

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

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

Occupation المهنة

I.D Number 27268200161 رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) 55451184 رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number رقم الجوال

Emergency Contact Person أقرب الأقارب

Emergency Contact Number رقم هاتف

Address: Building No. 41 Zone No. 91 Street No. 427 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 039726

نموذج الموافقة المستنيرة

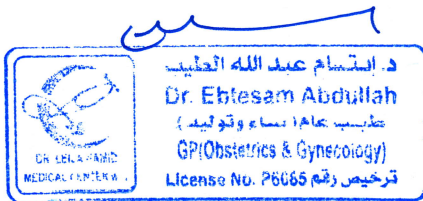
موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطيبة 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: **لحون محمد هادي المري**
التاريخ: **١٠/١٥/٢٠٢٤**



ملف رقم: **039726**
التوقيع: **إيتسام**

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 27368200161

الرقم:

D.O.B. 20/12/1973

تاريخ الميلاد:

Nationality: SAUDI / سعودية

الجنسية:

Date of expiry: 02/09/2029

الصلاحية:



الإسم: بخوت حمد هادي الففراني المري

Name: BAKHOUT HAMAD H A ALMARRI

منطقة 91 - شارع 427 - مبنى 41

العنوان:

Serial No:

111112076071A127

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

بخوت حمد هادي المري

