



File No.: 038 936

Nationality: Q

DR. LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 038936
Name: BANWA MOHAMED ALHAJRI
QID No: 29363400213 Sex: Female
Mob: 70180068 Address: MUAITHER



GYNECOLOGICAL SHEET

Alhajri

Age: 31 YRS

Marital Status: 3 YRS.

and's Name: SAFER SHAFI ALHAJRI

Address: MUAITHER

Mobile Phone: 70180068

Residence Phone:

SYMPTOMS:

burning micturition / 1 wk.
- no abnormal vag. discharge. ↑ frequency + urgency.
- not lactating. not on contraception [only natural]

Medical History: medically free - P.H. non. F.H. F.C.D.M. M.C.H.T.N.

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 15 yrs L.N.M.P. 2/5/24
Menstrual Habits: regular - last for 5 days every month.
Menstrual Symptoms: mild dysmenorrhea
Parity: P 1 Abortion 0 Ectopic LCB 1 1/2 yrs
♀ 1 ♂ NVD, 91W

EXAMINATION

General Examination: Ht. 158 cm Wt. 73.3 Kg BMI Kg/m² Bp 110/80 mm Hg
cooperative, not pale.

Chest, C.V.S.

Abdomen: NAD.

Breasts: not examined.

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. - normal vulva & vagina - cx erosion
"moderate" pt advised to do pap smear
Bimanual Exam. also she has whitish vag. discharge.
Rectal Exam.

Investigation Requested:

Pap Smear → advised to do.
UG → Blo ← Trace
len +3.

Diagnosis:

Δ Cystitis + vagino-cervicitis.

Plan of Management: Pt reassured. ut given.

Next Appointment:

Siemens
Clinitek Status®

DR. LEILA HAMID
MEDICAL CENTER

Patient Name:

BANWA

Patient ID:

B

Multistix® 10 SG

Test date 05-28-2024

Time 6:18PM

Operator D

Test number 2186

Color Yellow

Clarity
Clear

GLU Negative

BIL Negative

KET Negative

Date 28/5/2024

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 42 رقم المنطقة 53 رقم الشارع 667 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 038936



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: بنوى محمد الهاجري

التاريخ: 3-7-2024

ملف رقم: 038936

التوقيع: [Signature]



نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجة الطبيب / الطبية 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: **هنو محمد الهاجري**

التاريخ: **28/5/2024**

ملف رقم: **038936**

التوقيع: **Ba**

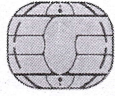


د. سلمى بابكر أحمد

State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29363400213

الرقم:

D.O.B. 10/01/1993

تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه

الجنسية:

Date of expiry: 06/08/2033

الصلاحية:



الإسم: بنوى محمد طالب الشهواني الهاجري

Name: BANWA MOHAMMED T SH AL-HAJRI

منطقة 51 - شارع 181 - مبنى 10

العنوان:

Serial No: 1112F9066E59A12A

الرقم المسلسل:

مدير إدارة الجنسية و وثائق السفر
Authority's signature

توقيع حامل البطاقة
Holder's signature

